

La salud es de todos

Minsalud

Estrategia de promoción de alimentación saludable

Orientación para las acciones de promoción de alimentación saludable

Agosto, 2022

FERNANDO RUÍZ GÓMEZ
Ministro de Salud y Protección Social

GERMAN ESCOBAR MORALES
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

JAVIER FERNANDO MANCERA GARCÍA
Secretario General

GERSON ORLANDO BERMONT GALAVIS
Director de Promoción y Prevención

ELISA MARÍA CADENA GAONA
Subdirectora de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas



Estrategia de promoción de alimentación saludable

Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas
Grupo de Alimentación y Nutrición

Carrera 13 No. 32 76
PBX: (57-1) 330 50 00
FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita: 018000 91 00 97
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. Bogotá D.C., Colombia,
Abril de 2021.

Elaboración

Pamela Elizabeth Vallejo Figueroa
Contratista
Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas

Coordinación técnica

Claudia Patricia Moreno Barrera
Coordinadora Grupo de alimentación y nutrición
Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas

LISTADO DE TABLAS

LISTADO DE GRÁFICAS

LISTADO DE SIGLAS

AGT: Ácidos grasos trans
AGT-PI: Ácidos grasos trans de producción industrial
ARL: Administradoras de Riesgos Laborales
AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad
BID: Banco Interamericano de Desarrollo
CCF: Cajas de Compensación Familiar
CDC: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CIN: Conferencia Internacional de Nutrición
CISAN: Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional
CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social
DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DTS: Direcciones Territoriales de Salud
EAPB: Empresas Administradoras del Plan de Beneficios
ECNT: Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ENSIN: Encuesta de Salud Nutricional y Alimentaria en Colombia
ENT: Enfermedades No Transmisibles
EPS: Empresas Promotoras de Salud
FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
GABA: Guías Alimentarias Basadas en Alimentos
GAP: Grupo de alimentos Prioritarios
GBD: Global Burden of Disease
GSP: Gestión de salud pública
HDL: Lipoproteínas de alta densidad
IAMI: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia
ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ICR: Incentivo a la capitalización rural
IEC: Información, Educación y Comunicación
IPS: Instituciones Prestadoras de Salud
LDL: Lipoproteínas de baja densidad
MADR: Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural
MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OSAN: Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PAIS: Política de Atención Integral en Salud
PAS: Plan de acción en salud
PDSP: Plan Decenal de Salud Pública
PIC: Plan de intervenciones colectivas

PNSAN: Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional
PSAN: Política Nacional de Seguridad Alimentaria
PTS: Plan Territorial de Salud
RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud
RIEN: Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes
SAN: Seguridad Alimentaria y Nutricional
SGSST: Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
SHAKE: Technical Package for Salt Reduction
USDA: Departamento de Agricultura de los Estados Unidos

1. Introducción

La composición exacta de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona, su edad, sexo, hábitos de vida, actividad física, contexto cultural, alimentos disponibles localmente y los hábitos alimentarios (OMS O. , Alimentación sana, 2016). No obstante, es importante garantizar que al individuo o a la población se le suministren la cantidad de nutrientes y energía necesarios para el desarrollo y funcionamiento del organismo. Igualmente, se resalta la importancia de generar estrategias en pro de una alimentación saludable, constituyéndose como factor protector para el desarrollo de enfermedades no transmisibles - ENT y contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población.

La malnutrición es un obstáculo para alcanzar el desarrollo personal, con consecuencias en toda la sociedad. Se ha demostrado que una alimentación poco saludable es uno de los principales factores para la generación de enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT. Es conveniente recordar que las ECNT se caracterizan por su larga duración, su progresividad y evolución lenta, pudiendo requerir tratamiento y control por un número extenso e indeterminado de años. Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, se incluyen las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, varios tipos de cáncer y diabetes (BID, 2011). Estas representan una importante carga tanto en términos de mortalidad como de morbilidad y sus altos costos en salud.

Los entornos alimentarios han cambiado a un ritmo acelerado, en las últimas décadas la globalización ha determinado la disponibilidad y acceso de alimentos en el mundo. En la actualidad, América Latina y el Caribe es una región eminentemente urbana, que ha traído múltiples consecuencias en los hábitos alimentarios. Asimismo, las Industrias procesadoras de alimentos y los supermercados han adquirido un papel preponderante en la forma en que se producen, venden, publicitan y etiquetan los productos alimentarios. Estos factores, combinados con el aumento del consumo de productos fuera del hogar y en puestos callejeros informales –los cuales suelen presentar falencias en la calidad e inocuidad de los alimentos– muestran la importancia de entender y mejorar los entornos alimentarios con el objetivo que estos provean dietas saludables, con alimentos producidos de manera sostenible y para todos (FAO O. U., 2019).

El consumo de una alimentación con alto contenido en grasas saturadas, azúcares libres y sal/sodio, acompañada de una baja ingesta de frutas, verduras, granos, cereales integrales y legumbres y un estilo de vida sedentario son factores clave en el aumento de la prevalencia de las ENT. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud - OMS, llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como distintas enfermedades no transmisibles y diferentes afecciones. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios de la población (OMS O. , Alimentación sana, 2016).

De manera similar, Colombia atraviesa por múltiples cambios estructurales e intermedios, como por ejemplo, la urbanización, la feminización de la fuerza laboral y la informalidad del empleo, condiciones socioeconómicas inequitativas, menor tiempo para preparaciones en casa, la desaparición paulatina de preparaciones tradicionales, acceso a alimentos únicamente a través del dinero, el aumento de personas viviendo solas en el área cabecera, y que la población trabaje lejos de sus hogares, han promovido la reducción del tiempo destinado a cocinar y esto probablemente a un mayor consumo de alimentos procesados (MSPS M. , Encuesta de Salud Nutricional y Alimentaria en Colombia – ENSIN, 2015), todos estos cambios han definido la situación alimentaria y nutricional, que corresponde a una triple carga nutricional, con presencia aún de retraso en talla y desnutrición aguda, un aumento de las prevalencias de exceso de peso y deficiencias en micronutrientes.

De acuerdo con lo anterior, el presente documento recopila las estrategias, planes, programas e iniciativas que se han desarrollado en el país relacionadas con la promoción de la alimentación saludable y pretende ser una herramienta técnica de consulta que oriente el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales para mejorar la salud de la población colombiana.

2. Justificación

En Colombia, se entiende por alimentación saludable como aquella que satisface las necesidades de energía y nutrientes en todas las etapas de la vida considerando su estado fisiológico y velocidad de crecimiento; promueve el suministro de nutrientes de la madre al feto, la práctica de la lactancia materna e incluye alimentos ricos en nutrientes en la alimentación complementaria y se caracteriza por ser una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada, diversificada e inocua que previene la aparición de enfermedades asociadas con una ingesta deficiente o excesiva de energía y nutrientes (MSPS M. , Resolución 3803, 2016)

La alimentación es una necesidad de todo ser vivo, la cual tiene como objetivo suministrar la cantidad de nutrientes esenciales para el adecuado funcionamiento del organismo. La nutrición adecuada es un factor fundamental para el vigor y el desempeño de una persona, y para que una persona funcione en su nivel óptimo debe consumir las cantidades

adecuadas de alimentos que contengan los nutrientes esenciales para la vida humana, pues del tipo de alimentación que se tenga dependerá la maximización de las actividades que se realice, lo que lleva a considerar que una buena alimentación en todos los entornos, permitirá mejorar el desempeño y la productividad de los trabajadores, estudiantes y de la población en general. Existen enfermedades que pueden prevenirse o mejorarse con una dieta adecuada, tales como la diabetes, hipertensión, obesidad y algunos tipos de cánceres.

Actualmente, concurre un volumen creciente de evidencia que indica la estrecha relación entre estado de salud y alimentación, haciendo que las intervenciones en alimentación pueden conducir a ganancias de salud a un costo mucho más bajo que el tratamiento médico, por ejemplo, una disminución en la ingesta de sodio, puede tener un efecto muy significativo en reducción de la hipertensión, tanto en normotensos como en hipertensos. De hecho, la alimentación hace parte indiscutible de los estilos de vida y es allí donde es claramente reconocida como un determinante de la salud y como factor protector de las enfermedades crónicas no transmisibles.

De acuerdo al estudio de carga de enfermedad realizado en el año 2017 por el Instituto de Evaluación y Medición de la Universidad de Washington para Colombia, el exceso de peso se relaciona con graves complicaciones de salud y de años de vida saludables perdidos (AVAD). El Índice de Masa Corporal alto (exceso de peso), tiene un alto riesgo atribuible con la enfermedad cardiovascular (3,15%), y con enfermedades endocrinas (2,32%), así mismo, la hipertensión juega un papel fundamental en la enfermedad cardiovascular (6,68%) y los factores dietarios que contribuyen con el 5,96% de riesgo atribuible para enfermedad cardiovascular.

Entre los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se encuentran la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia; según la Encuesta Nacional de Salud de 2007, el 22,82 % de la población de 18 a 69 años presentó cifras de presión arterial elevadas y el 7.82% presentó hipercolesterolemia (colesterol total por encima de 240 mg/dl). Se estima que aproximadamente el 62% de los casos de hipertensión se relacionan con la ingesta excesiva de sal en la alimentación; mientras que la hipercolesterolemia se relaciona con la ingesta excesiva de grasas saturadas y trans, y constituye por su prevalencia el segundo factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. Adicionalmente algunas personas presentan dos o más factores de riesgo como la hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad y tabaquismo, lo que en conjunto aumentan el riesgo cardiovascular. No obstante tanto la hipertensión arterial como las dislipidemias son factores de riesgo que se pueden prevenir mediante el consumo de una alimentación saludable, en la que se promueva el consumo de alimentos naturales y frescos y se disminuya el consumo de nutrientes críticos en el desarrollo de enfermedades, entre ellos, sal/sodio, azúcares, grasas saturadas y grasas trans, que generalmente están presentes en los alimentos procesados.

En cuanto a la salud nutricional, la última Encuesta de Situación Alimentaria y Nutricional en Colombia – ENSIN (2015), arrojó resultados relevantes en cuanto a la alta prevalencia de consumo de alimentos procesados en todos los grupos de edad, por encima del 50% de

la población, e incluso llegando hasta el 91.4% y el aumento en cuanto a la prevalencia de sobrepeso y obesidad, especialmente en los escolares, en quienes se incrementó de 18,8% en 2010 a 24,4% en 2015. Asimismo, uno de cada tres jóvenes y adultos tiene sobrepeso (37,7%), mientras que uno de cada cinco es obeso (18,7%). En este sentido, el 56,4% de la población presenta exceso de peso, lo que significa un incremento de 5,2 puntos porcentuales con respecto al 2010. Además, más de la mitad de las mujeres adultas, 59,6%, y el 39,3% de los hombres presentan obesidad abdominal, situación que favorece el desarrollo de enfermedades cardiovasculares e insulinorresistencia. Bajo este contexto, es necesario definir acciones sectoriales e intersectoriales encaminadas a la promoción de la alimentación saludable de manera que puedan contribuir a mejorar el entorno en donde se encuentran las personas.

3. Marco normativo y estratégico

3.1 Marco normativo y estratégico internacional

A nivel mundial se han establecido diferentes estrategias y normativas que instan a los gobiernos a promover una alimentación saludable, a continuación, se presenta un consolidado:

Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Organización Mundial de la Salud OMS (2004)

Con respecto a la alimentación se hacen las siguientes recomendaciones: lograr un equilibrio energético y un peso normal; limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans; aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; limitar la ingesta de azúcares libres; limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada (OMS O. , Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, 2004).

Declaración de Río de Janeiro. Las Américas libres de grasas trans. (2008)

Se firmó un compromiso de que los ácidos grasos trans de producción industrial deberían sustituirse en los alimentos procesados y sugerimos que su presencia no debe ser mayor a 2% del total de grasas en aceites y margarinas; y no mayor al 5% del total de grasas en alimentos procesados. El camino para llegar a ello debe ser definido de acuerdo a la situación de la industria alimentaria y en diálogo con autoridades de salud pública nacionales (OPS, Declaración de de Janeiro. Las Américas libres de grasas trans., 2008).

Declaración de la Política para reducir el consumo de sal en las Américas. Organización Panamericana de la Salud (2009).

Se plantea como meta de la política: un descenso gradual y sostenido en el consumo de sal en la dieta con el fin de alcanzar los objetivos nacionales o en su ausencia, la meta internacionalmente recomendada de un valor inferior a 5 g/día/persona (2000 mg de sodio/día) para el 2020 (OPS, Declaración de Río de la Política para reducir el consumo de sal en las Américas, 2009).

Resolución 63 de la Asamblea Mundial de la Salud (2010).

Insta a los Estados Miembros a la adopción de medidas dirigidas al control de la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños.

Algunas de las recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños, emitida por la Organización Mundial de la Salud en el 2010, son: 1. La finalidad de las políticas debe ser reducir el impacto que tiene sobre los niños la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal; 2. Dado que la eficacia de la promoción depende de la exposición y el poder del mensaje, el objetivo general de las políticas debe ser reducir tanto la exposición de los niños como el poder de la promoción de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal; 3. Para lograr la finalidad y los objetivos de las políticas, los Estados Miembros deben considerar diferentes métodos, es decir, el progresivo o el integral, para reducir la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal dirigida a los niños; 4. Los entornos donde se reúnen los niños deben estar libres de toda forma de promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal. Dichos entornos incluyen, sin carácter limitativo, guarderías, escuelas, terrenos escolares, centros preescolares, lugares de juego, consultorios y servicios de atención familiar y pediátrica, y durante cualquier actividad deportiva o cultural que se realice en dichos locales (OMS, 2010).

Informe del Relator Especial sobre el Derecho a la Alimentación (2011).

Este informe de la ONU, tiene dentro de uno de sus puntos importantes para combatir el sobrepeso y la obesidad, contrarrestar los efectos negativos para la salud de los alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, sodio y azúcar (ONU N. , 2011).

Plan de acción global para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud (2013).

Se plantea una meta global de reducción del 30% de la ingesta de sal/sodio en toda la población. Adicionalmente, se recomienda el diseño de políticas/guías/estrategias para reducir el contenido de sodio en alimentos procesados y preparados, reducir las grasas saturadas y trans y reemplazar por las grasas insaturadas y reducir el contenido de azúcares libres en alimentos y bebidas no alcohólicas (OMS O. , Plan de acción global para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2013).

Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Organización Panamericana de la Salud (2014)

En el cual se plantea en el objetivo 2.3, los siguientes indicadores: Número de países con políticas para reducir el impacto que tiene en los niños la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal; Número de países que han adoptado políticas nacionales para limitar las grasas saturadas y prácticamente eliminar los aceites vegetales parcialmente hidrogenados en los alimentos y número de países que, para el 2019, reducen el consumo de sal/sodio del nivel establecido en la línea de base nacional al nivel establecido para el informe provisional del marco mundial de vigilancia de la OMS, contribuyendo así a la meta mundial de una reducción relativa de 30% para el 2025 de la ingesta de sal/sodio en la población, medida sobre la base de la ingesta diaria promedio de sal (cloruro de sodio) en gramos y normalizada por edades en las personas mayores de 18 años (OPS, Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas , 2014).

Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. (2014).

En este documento se proporciona a los Estados Miembros la justificación y las principales líneas de acción estratégica para poner en marcha intervenciones integrales de salud pública que detengan el avance de la epidemia de obesidad en la niñez y la adolescencia, entre ellas ejecutar políticas que restrinjan la disponibilidad de bebidas azucaradas y productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional en el entorno escolar, legislación para gravar las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional, etiquetado en el frente del envase, entre otras (OPS, Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, 2014). El plan de acción contempla 5 líneas de intervención:

a) atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable; b) mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares; c) Políticas fiscales y reglamentación de la publicidad, promoción y etiquetado de alimentos; d) otras medidas multisectoriales; e) vigilancia, investigación y evaluación.

2ª. Conferencia Internacional sobre Nutrición, CIN (2014)

La Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2), llevada a cabo en noviembre de 2014 fue una reunión intergubernamental de alto nivel que centró la atención mundial en la lucha contra la malnutrición en todas sus formas. Allí, una de las recomendaciones a fin de crear un entorno favorable y mejorar la nutrición en todos los sectores, *es fomentar la reducción gradual del consumo de grasas saturadas, azúcar, sal o sodio y grasas trans a través de los alimentos y las bebidas para prevenir una ingesta excesiva por parte de los consumidores y mejorar el contenido de nutrientes de los alimentos, según sea necesario*

(FAO, Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Documento Final de la Conferencia: Marco de acción, 2014).

Objetivos de Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas. (2015)

Los líderes mundiales adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de desarrollo sostenible. Cada objetivo tiene metas específicas que deben alcanzarse en el 2030. En el objetivo 2: hambre cero, una de sus metas es: Para 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones vulnerables, incluidos los lactantes, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año (ONU O. , 2015).

Decenio de acción para la nutrición (2016-2025). Naciones Unidas. (2017)

El objetivo del Decenio de la Nutrición es acelerar la implementación de los compromisos de la CIN2, lograr las metas mundiales de ENT relacionadas con la nutrición y la dieta para 2025, y contribuir a la realización de los ODS para 2030. En el área 1, frente a sostenibilidad, sistemas alimentarios resilientes y dietas saludables se fomenta la reformulación de los alimentos: proporcionar rangos de referencia para la reformulación de productos (eliminación de ácidos grasos trans, y reducción de sodio, azúcar y grasas saturadas y tamaño de las porciones) (ONU, 2017).

SHAKE. Guía técnica para reducir el consumo de sal. Organización Panamericana de la Salud (2018)

La guía SHAKE está concebida para ayudar a los Estados Miembros a elaborar, implementar y monitorear diversas estrategias encaminadas a reducir el consumo de sal en la población, por ejemplo: Fijar las metas para la cantidad de sal en los alimentos y aplicar estrategias que favorezcan la reformulación (OPS, SHAKE. Guía técnica para reducir el consumo de sal. Menos sal, más salud. , 2018)

Estrategia REPLACE. Conjunto de Medidas para eliminar del suministro mundial de alimentos las Grasas Trans de Producción Industrial. Organización Mundial de la Salud. (2018).

El conjunto de medidas propuesto (denominado REPLACE por su acrónimo en inglés) sirve de hoja de ruta para los países en la aplicación de medidas encaminadas a reducir y eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial - AGT, y define seis áreas de acción estratégica de apoyo a la eliminación rápida, completa y persistente de los AGT de producción industrial en el suministro de alimentos (OMS O. , Estrategia REPLACE. Conjunto de Medidas para eliminar del suministro mundial de alimentos las Grasas Trans de Producción Industrial. , 2018).

Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025. Organización Panamericana de la Salud. (2020).

El Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025 propone terminar de eliminar estas sustancias nocivas mediante la plena adopción y ejecución de las políticas de eliminación de los AGT-PI en toda la Región de las Américas (OPS, Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025, 2020).

3.2 Marco normativo y estratégico nacional

En Colombia, la promoción de la alimentación saludable se encuentra dentro del marco de del siguiente marco regulatorio, así como estrategias que direccionan las acciones de desarrollar:

3.2.1 Políticas

Conpes Social 113 de 2008 Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

En el 2008, en Colombia se aprobó la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) mediante el Conpes 113, que permitió instaurar en la agenda la PSAN por medio de cinco ejes: Disponibilidad, Acceso, Consumo, Aprovechamiento o utilización biológica, Calidad e inocuidad. Para el eje de consumo, una de las preocupaciones es alto consumo de grasa saturada. Y, se tiene como sexto objetivo específico: *Promover hábitos y estilos de vida saludables que permitan mejorar el estado de salud y nutrición de la población, y prevenir la aparición de enfermedades asociadas con la dieta* (CONPES, 2008).

En el año 2012, se construyó el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) 2012 -2019, mediante el cual se establecen un conjunto de objetivos, metas, estrategias y acciones propuestas por el estado Colombiano, en un marco de corresponsabilidad con la sociedad civil. En el PNSAN, se tiene como objetivo general contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de toda la población colombiana, en especial, de la más pobre y vulnerable.

En la dimensión de calidad de vida y fines del bienestar se encuentra el eje de Consumo de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), que *se refiere a los hábitos alimentarios, la educación alimentaria y nutricional, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y los alimentos que comen las personas y está relacionado con su elección, las creencias, actitudes y prácticas; cuyos determinantes son: la cultura, los patrones composición de la familia* (Colombia, 2012).

Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 persigue la garantía del derecho a la salud, ampliando el actuar del sector de la salud a través de la intersectorialidad para impactar los diferentes determinantes sociales con un énfasis especial en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Como instrumento de la Ley Estatutaria, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) tiene como objetivo orientar el sistema hacia la generación de mejores condiciones de salud de la población mediante la regulación de las intervenciones. Para la materialización de PAIS, el Ministerio de Salud y Protección Social ha definido el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), con el que se orienta la articulación de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades que, sin pertenecer al sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud redundando en la integralidad del cuidado de la salud, y el bienestar de la población y los territorios.

La PAIS reconoce los determinantes sociales que "*incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida"*. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad. Considerando los determinantes, la política plantea 4 estrategias: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones (MSPS M. , Política de Atención Integral en Salud , 2015).

La seguridad alimentaria y nutricional (SAN) es un determinante intermediario de la salud, por lo que políticas como PAIS pueden impactar positivamente la salud a través de la promoción de una alimentación saludable. Partiendo de este marco de política, y considerando el consumo excesivo de grasas trans y saturadas como un factor de riesgo de enfermedad, es primordial la articulación de los diferentes actores del sistema de seguridad social de manera sectorial e intersectorial para la atención integral y la promoción de la salud nutricional del individuo en los diferentes entornos que se encuentra durante su curso de vida.

Política pública para la agricultura campesina, familiar y comunitaria (2017)

A través de la Resolución 464 de 2017, se adoptaron los lineamientos de esta política, cuyo objetivo es planificar y gestionar la acción integral del Estado, y orientar la institucionalidad social o privada, dirigida al fortalecimiento de las capacidades sociales, económicas y políticas de las familias, comunidades y organizaciones de agricultura campesina, familiar y comunitaria, sobre las bases de un desarrollo rural con enfoque territorial que mejore la sostenibilidad de la producción agropecuaria y genere bienestar y buen vivir de la población rural (MADR, 2017)

Política Nacional contra la Pérdida y el Desperdicio de Alimentos

Cuyo objetivo es prevenir y reducir las pérdidas y los desperdicios de alimentos derivados de las deficientes prácticas de producción agropecuaria y agroindustrial y de la industria de alimentos, la insuficiente infraestructura de logística, la inadecuada gestión de alimentos para su comercialización y los hábitos inadecuados de consumo a nivel nacional y territorial (CISAN C. N., política para la prevención y reducción de las pérdidas y desperdicios de alimentos en Colombia, 2020).

Política para el conocimiento, salvaguardia y fomento de la alimentación y cocinas tradicionales (2012)

La cual busca valorar y salvaguardar la diversidad y riqueza cultural de los conocimientos, prácticas y productos alimenticios de las cocinas tradicionales de Colombia, como factores fundamentales de la identidad, pertinencia y bienestar de su población.

Esta política contempla las siguientes 5 estrategias:

1. Reconocer, valorar y enseñar el patrimonio de las cocinas y la alimentación tradicional.
2. Salvaguardar el patrimonio cultural en riesgo de las cocinas y la alimentación tradicional.
3. Fortalecer la organización y la capacidad de gestión cultural de los portadores de las tradiciones de la alimentación y la cocina.
4. Fomentar el conocimiento y uso de la biodiversidad con fines alimentarios.
5. Adecuación institucional.

3.2.2 Leyes

Ley 1355 de 2009

De otra parte, en octubre de 2009 fue aprobada la Ley 1355, *por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.*

Esta Ley define en el *Artículo 3: Promoción. El Estado a través de los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes, el ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promoverá políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información.*

Igualmente, define en los artículos 7, 8 y 11, establecer políticas regulatorias en grasas saturadas, trans y etiquetado nutricional (República , Ley 1355, 2009).

Ley 2120 de 2021

Esta Ley tiene como objeto adoptar medidas efectivas que promueven entornos alimentarios saludables, garantizando el derecho fundamental a la salud, especialmente de las niñas, niños y adolescentes, con el fin de prevenir la aparición de Enfermedades No Transmisibles, mediante el acceso a información clara, veraz, oportuna, visible, idónea y suficiente, sobre componentes de los alimentos a efectos de fomentar hábitos alimentarios saludables, a través de estrategias de información, educación y comunicación en promoción de estilos de vida saludable en todos los entornos, incluyendo el fomento de una alimentación saludable (República, 2021).

3.2.3 Planes

Plan Decenal de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria (2021-2030)

Incluye un conjunto de intervenciones organizadas en cuatro líneas estratégicas, con un claro enfoque territorial: 1. Gobernanza; 2. Atenciones integrales, integradas y complementarias; 3. Transformaciones sociales centradas en prácticas protectoras; y 4. Gestión del conocimiento. Estas líneas estratégicas buscan promover, proteger y apoyar la práctica de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, una apropiación real y colectiva en ambos sentidos, el fortalecimiento del posicionamiento político y su articulación multisectorial y la posibilidad de reforzar los procesos institucionales y sociales para gestionar el conocimiento y la innovación tanto para la lactancia materna, como para la alimentación complementaria. (MSPS M. , Plan Decenal de Lactancia Materna, 2021b).

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 – Ley 1438 de 2011.

Por medio de la Ley 1438 de 2011, el Ministerio de Salud y Protección Social definió el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2014-2018 en el que como como parte de sus dimensiones prioritarias se encuentra la de vida saludable y condiciones no transmisibles. Uno de los componentes de esta dimensión son los *Modos, condiciones y estilos de vida saludables* tiene como una de las estrategias: *Desarrollo de regulación y el control adecuado de la composición de alimentos procesados, tendientes a disminuir los contenidos de sal-sodio; reducir las grasas totales, grasas trans, grasas saturadas; reducir azúcares añadidos, refinados y libres; entre otros nutrientes de interés en salud pública* (MSPS M. , Plan Decenal de Salud Pública , 2012b).

Plan para la eliminación de las grasas trans y reducción del consumo de grasas saturadas en Colombia. (2017).

Cuyo objetivo es contribuir a la disminución de la morbimortalidad atribuible a enfermedades no transmisibles (enfermedad cardiovascular), a través de acciones que propendan por la reducción de grasas trans y saturadas en los alimentos que consume la población

colombiana, por medio de la implementación de 4 líneas de acción: medidas regulatorias, alimentos preparados, información, educación y comunicación e investigación (MSPS M. , Plan para la eliminación de las grasas trans y reducción del consumo de grasas saturadas en Colombia, 2016).

Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 – Ley 1955 de 2019

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, en la línea de la Alianza por la seguridad alimentaria y la nutrición, de ciudadanos con mentes y cuerpos sanos. Establece la estrategia para la creación de entornos alimentarios saludables y sostenibles, así*: "Se promoverá la creación de entornos alimentarios saludables y sostenibles, a través de acciones tales como la educación alimentaria y nutricional, la implementación de guías alimentarias basadas en alimentos para la población mayor de 2 años, la tienda escolar saludable, la regulación de la publicidad, la promoción y patrocinio de alimentos dirigida a menores de 18 años de edad y el etiquetado de alimentos que permita la elección adecuada por parte de los consumidores (mediante la formulación e implementación de directrices normativas que permitan regular la oferta de alimentos altos en azúcares, grasas saturadas y sodio/sal en los diferentes programas de apoyo alimentario del Estado)"* (colombia, 2018).

Plan Nacional Rural del Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación

Es un instrumento de política intersectorial orientado a fomentar, facilitar y gestionar la coordinación y la acción articulada entre los sectores y agentes sociales, que en los diferentes ámbitos y niveles territoriales tienen responsabilidades y competencias en la formulación, implementación, seguimiento, evaluación y control de las políticas públicas relacionadas con las dimensiones del Derecho Humano a la Alimentación, cuyo objetivo 2 es incrementar las capacidades y oportunidades de las familias y comunidades rurales para acceder a una alimentación sana, nutritiva y culturalmente apropiada, mediante el desarrollo de programas alimentarios pertinentes y el fomento de la educación alimentaria y nutricional (CISAN C. N., Plan Nacional Rural del Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación, 2020).

3.2.4 Estrategias

Estrategia Nacional de Reducción de Consumo Nacional de Sal/Sodio (2012-2021)

Cuyo objetivo es contribuir a la disminución de la morbi mortalidad atribuible a hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular en la población Colombiana, mediante la reducción gradual del consumo de sal proveniente de las diferentes fuentes alimentarias, hasta lograr la recomendación de la OMS prevista para el año 2021 (5 g sal ó 2 g sodio/ persona/día), a través de la implementación de 5 líneas de acción: industria, sector gastronómico,

proveeduría institucional, investigación e información, educación y comunicación (MSPS M. , Estrategia Nacional de Reducción de Consumo Nacional de Sal/Sodio , 2012b).

Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes 2014-2021

En el marco de la Estrategia nacional para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, además de la promoción del pinzamiento oportuno del cordón umbilical al nacimiento, fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna, oportunidad y calidad en el inicio de la alimentación complementaria, se realizó la implementación del Programa nacional de prevención y reducción de la anemia nutricional como una respuesta programática universal con pertinencia étnica, de género y territorial que acoge los lineamientos de política, técnicos y operativos de la estrategia De Cero a Siempre, es decir, reconoce: (i) a las niñas y los niños como sujetos de derechos, con particularidades individuales, en cada momento y edad, en medio de la diversidad biológica, cultural y social, interlocutores válidos que opinan, participan y construyen su identidad y ciudadanía; (ii) que las niñas y los niños se desarrollan en los distintos entornos: el hogar, salud, educación, comunitario y laboral cuando la mujer gestante ejerce algún tipo de ocupación, en o fuera del hogar; (iii) profundiza en la ruta integral de atenciones en los primeros días de vida con énfasis en las atenciones que gestiona el sector salud solo o en coordinación con otros; y (iv) realiza seguimiento nominal, es decir, que cada niño reciba las atenciones en salud priorizadas por el programa entre ellas la fortificación de alimentos con micronutrientes en polvo, con miras a reducir de manera exitosa y sostenida, las altas prevalencias de anemia nutricional en la primera infancia (MSPS M. , Estrategia Nacional para el control y prevención de la deficiencia de micronutrientes, 2014).

Estrategia de entorno educativo saludable (2019)

Tiene el propósito de dar guía a las entidades del orden nacional y territorial interesadas en realizar intervenciones, actividades o acciones en el entorno educativo para el desarrollo sostenible, desarrollo humano y la calidad de vida de la comunidad educativa. Esta estrategia define, ordena e integra las intervenciones de promoción de la salud y acciones de gestión de la salud pública requeridas, para garantizar condiciones que favorezcan y potencialicen la salud de la comunidad educativa en los escenarios donde ellas transitan, entre ellas las acciones de promoción de alimentación saludable (MSPS M. , Estrategia de entorno educativo saludable, 2019).

3.2.5 Decretos y resoluciones

Decreto 1397 de 1992

Colombia, mediante el decreto 1397 de 1992, promueve la lactancia materna y reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la leche materna. Se realizaron monitoreos tanto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna como el Decreto, evidenciando el incumplimiento de la normatividad, tanto a nivel de comercialización como de publicidad (Republica, Decreto 1397, 1992).

Resolución 3803 de 2016

La cual establece las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes, encaminadas a promover una dieta equilibrada que aporte la cantidad y calidad necesaria de energía y nutrientes correspondientes al mantenimiento del estado nutricional y de salud de toda la población según su grupo etario, edad y género, así, mediante su aplicación en la planificación de dietas a nivel individual y grupal, se espera que la población colombiana pueda acceder a una alimentación saludable previniendo enfermedades no transmisibles (MSPS M. , Resolución 3803, 2016).

3.2.6 Lineamientos

Lineamientos nacionales de entornos saludables (2016)

Los cuales buscan, desarrollar acciones en todos los entornos orientadas al: i) desarrollo humano, entendido como la ampliación de las capacidades y libertades de las personas. El propósito del desarrollo es mejorar las vidas humanas, ampliando el rango de cosas que las personas pueden ser y hacer, tales como vivir de manera saludable y con buena nutrición, tener educación, trabajo, vivienda digna y participar de la vida de la comunidad; ii) Calidad de vida, habla sobre la posibilidad de acceso de los sujetos y comunidades a los bienes culturales, económicos, su entorno ecológico ambiental, los riesgos a que se encuentran su salud (física, mental y social). A la vez, se relaciona con el nivel de satisfacción que cada sujeto le proporciona a sus condiciones de vida; y al iii) Desarrollo sostenible, proceso mediante el cual se satisfacen las necesidades económicas, sociales, de diversidad cultural y de un medio ambiente sano de la actual generación, sin poner en riesgo la satisfacción de las mismas a las generaciones futuras. Es así que se buscan desarrollar acciones y específicamente en el tema de alimentación saludable en el entorno educativo, laboral, comunitario, institucional y hogar (MSPS M. , Lineamientos nacionales de entornos saludables, 2016).

Lineamiento de entorno laboral saludable (2019)

Pretende armonizar y articular el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo - SGSST- con la promoción de la salud, reconociendo la integralidad entre el trabajador y su familia, y animando el desarrollo de acciones sectoriales, intersectoriales y comunitarias, para favorecer los modos, condiciones y estilos de vida, entre ellos la alimentación saludable. Lo anterior contribuirá a la disminución de las desigualdades sociales, con el

compromiso de la alta dirección institucional y el acompañamiento técnico de las Direcciones Territoriales de Salud -DTS-, las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, las Administradoras de Riesgos Laborales -ARL-, las Cajas de Compensación Familiar -CCF-, el Departamento Administrativo de la Función Pública y el Ministerio del Trabajo, presentes en los territorios (MSPS M. , Lineamiento de entorno laboral saludable, 2019).

4. Situación alimentaria y nutricional

Los cambios estructurales, intermedios e individuales, han dado como resultado modificaciones en los patrones alimentarios, sustituyendo la alimentación tradicional basada en alimentos naturales por alimentos procesados con alto contenido calórico y bajo valor nutricional. En las poblaciones urbanas, se ha modificado el régimen alimenticio, a expensas del consumo de grasas, sodio-sal y azúcares y la disminución del consumo de frutas y vegetales.

En Colombia, para estudiar las causas del comportamiento alimentario se desarrollan encuestas poblacionales, una de las más importantes es la Encuesta de Situación Alimentaria y Nutricional, la cual ha tenido 3 publicaciones, 2005, 2010 y 2015. En esta encuesta se exploran y se miden indicadores antropométricos, de consumo de alimentos, biológicos y otro tipo de evaluaciones que permiten conocer los factores de la situación alimentaria y nutricional en el país. A continuación, se presentan algunos resultados relevantes:

4.1 Lactancia materna

El inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora de nacido, que está relacionada con la reducción del riesgo de morbilidad y mortalidad neonatal en países de bajos y medianos ingresos, evidencia un aumento en esta práctica para Colombia. El 72 % (2015) de las madres iniciaron la lactancia materna en la primera hora de nacido, con un incremento de 16 puntos porcentuales con respecto al dato del 2010 (56.6%).

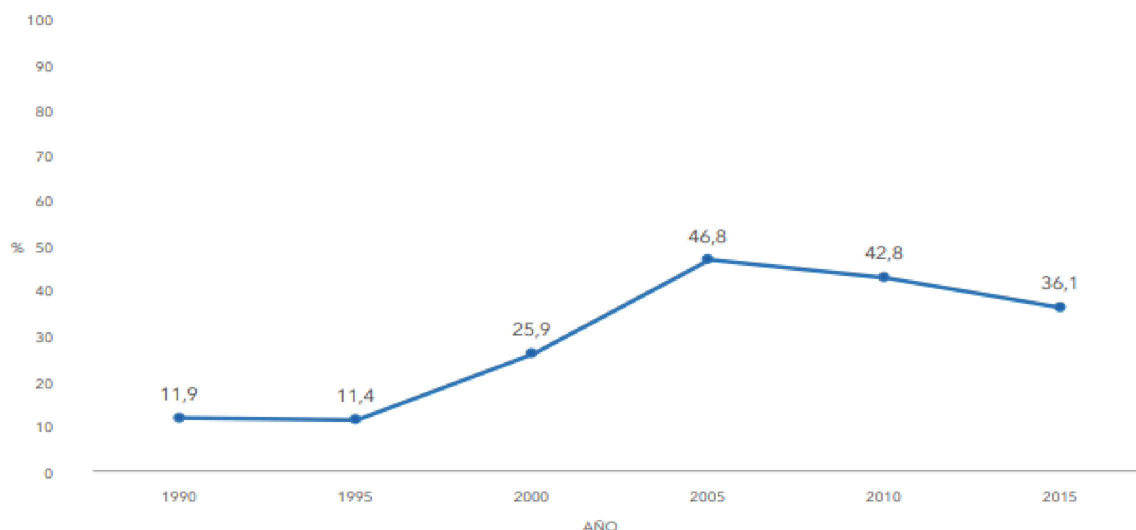
En Colombia, el 97,2 % de los niños y niñas menores de 3 años recibieron lactancia materna. Del 2,8 % de las madres que no amamantaron, entre los motivos que acumularon el 59,5 %, estaban desde la perspectiva de la madre que no le bajó leche (36 %) y desde el niño, que rehusó (23,5 %). El otro 40,0 % de motivos para no amamantar contiene categorías como: madre/niño enfermo, problemas en el pezón, problemas de succión, esposo o compañero que no están de acuerdo con la práctica de lactancia materna, madre tenía que trabajar, entre otros. El 72,6 % de las madres de niños y niñas menores de 3 años, iniciaron la lactancia materna en la primera hora de nacido, 17,6% inició durante el primer día y 29,6% durante los primeros tres días de nacido. Esta práctica fue 1,3 veces más frecuente en la cabecera (31,7 %) comparada con el resto (24,3 %), en la región Atlántica (35,1 %) frente a la región Orinoquía - Amazonía (24,2 %) y en los niños y niñas sin pertenencia étnica (29,9 %), comparado con los indígenas (19,0 %).

En Colombia, para el 2015 tan solo el 36,1 % de los niños y niñas menores de seis meses recibieron como único alimento leche materna, disminuyendo 10 puntos porcentuales en 10 años (Gráfica 1) esta cifra se encuentra lejos de la meta de la Organización Mundial de la Salud –OMS- de 50%. A nivel territorial, se encontró que en la región Atlántica el 20,5% de los niños menores de 6 meses tienen lactancia exclusiva, siendo los resultados más desfavorables cuando se compara con otras regiones como Bogotá que presenta 45,6%. También se evidencia que el 41,6 % de las madres recibieron la recomendación de utilizar leche de fórmula y quien realizó fueron los profesionales de la salud en un 79,1 %.

Igualmente, este porcentaje disminuye con el tiempo durante el periodo de vida de 0 a 1 mes, tan solo el 51,6 % de los niños y niñas estaban recibiendo lactancia materna de manera exclusiva, y para el periodo de 2 a 3 meses continúa en caída vertiginosa al llegar al 33,5 %, para el 4 a 5 mes tan solo 1 de cada 4 niños y niñas (25,0 %) recibía lactancia materna de manera exclusiva. En Colombia, tan sólo el 36,1% de los niños menores de seis meses recibieron como único alimento leche materna. Un 25,4 % de los niños que recibieron leche materna durante el primer mes de vida también recibieron leche de fórmula. El 10,8 % de los niños y niñas menores de seis meses no recibieron leche materna y el 3,3 % recibió además de leche materna otros líquidos no lácteos.

Según la OMS, la leche materna proporciona más de la mitad de las necesidades energéticas del niño entre los 6 y 12 meses de edad, y un tercio de las necesidades de energía entre los 12 y 24 meses. Los resultados muestran que a nivel nacional el 52,2% de los niños reciben lactancia materna continua al año, con una reducción de 5,9 puntos porcentuales en comparación con el año 2010 (58.1%).

Gráfica 1. Prevalencia de lactancia materna exclusiva en Colombia

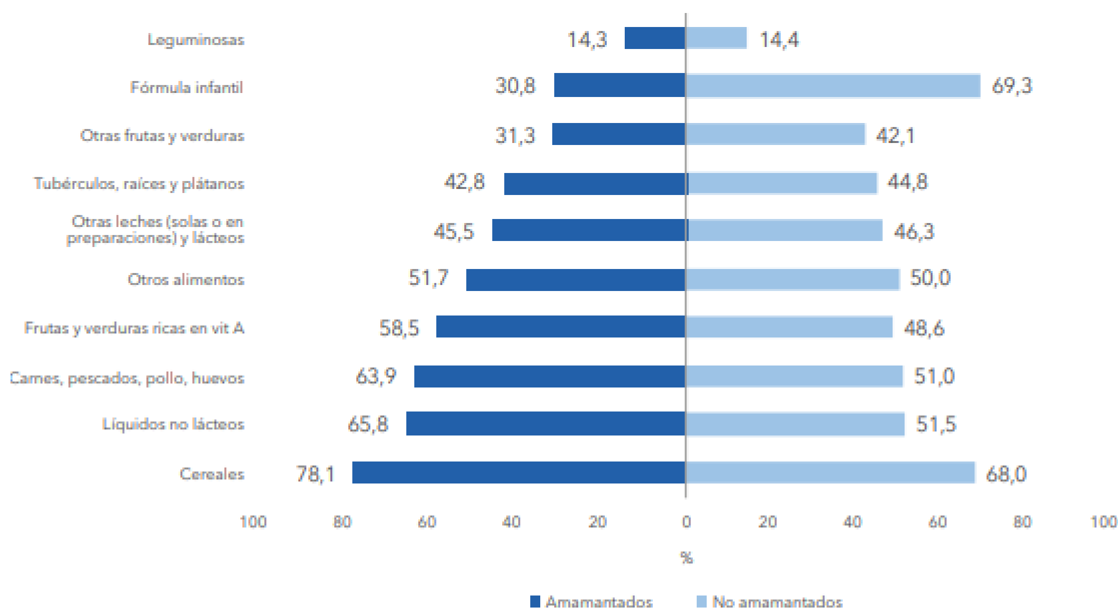


Fuente: ENSIN 2015

4.2 Alimentación complementaria

Se observa que el 82,6 % de los niños y niñas menores de 6 meses que eran amamantados ya estaban consumiendo alimentos diferentes a la leche materna, en donde un 31,7 % corresponde a fórmula infantil. En el caso de los niños y niñas no amamantados, se observó que el 23,6 % no recibieron ni siquiera fórmula infantil (siendo esta el sucedáneo de la leche materna), un 24,8 % recibía “otros alimentos” (chocolates, compotas o condimentos), el 22,9 % consumía líquidos no lácteos mientras que un 21,2 % se alimentaba con otras leches o productos lácteos. Estas cifras reflejan que los niños y niñas menores de seis meses consumen alimentos de muy baja calidad nutricional y que a su vez no son apropiados para su edad. En el caso de los niños y niñas de 6 a 9 meses de edad, la gráfica 2 muestra que los grupos de alimentos que eran consumidos en mayor proporción por los niños y niñas amamantados fueron los cereales (78,1 %) seguidos de los líquidos no lácteos (65,8 %) y alimentos de origen animal (63,9 %), mientras que los niños no amamantados consumen en mayor proporción leche de fórmula (69,3 %), seguido de los cereales (68,0 %), los líquidos no lácteos (51,5%) y los alimentos de origen animal (51,0 %). A partir de estos resultados se evidenció cómo en la alimentación de los niños de 6 a 9 meses aún hay predominio de líquidos no lácteos, y del consumo de alimentos cárnicos y frutas y verduras que osciló en rangos del 45 % al 65 %; en el caso de los niños y niñas no amamantados se observan cifras menores que apenas rondan el 50 %.

Gráfica 2. Alimentación complementaria por grupos de alimentos y diferenciado por amamantados y no amamantados



Fuente: Ensin 2015

Entre los niños y niñas amamantados se observa que antes de los seis meses ya se ha iniciado la introducción de otros líquidos y alimentos, tales como el uso de leche de fórmula infantil en un 25,4%. Esta práctica, junto al uso de biberón, va en aumento, pues pasó del 40% en el 2005, al 45% en el 2010 y 50,8 en el 2015, lo que suele desestimular la práctica

de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida del recién nacido. La alimentación complementaria se realiza precozmente y la calidad de la dieta es desbalanceada, especialmente en el grupo de edad entre los 6 y 8 meses.

La dieta mínima aceptable, indicador que combina la diversidad y la frecuencia, evidenció que, a nivel nacional, según los resultados de la ENSIN 2015 solo el 36,5 % de niños y niñas de 6 a 23 meses tenía una alimentación complementaria que cumplía con un consumo mínimo de un grupo alimentos (4 de 7 grupos) así como con un número mínimo de veces. Sin embargo, es aún más desalentadora la cifra para los niños y niñas amamantados de 6 a 8 meses, en quienes se encontró que solo el 27,5 % de ellos tienen una dieta mínima aceptable, y para el caso de los niños y niñas de 9 a 23 meses de edad solo el 33,5 %. En los niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad se observó un porcentaje mayor (41,5 %) respecto a los otros grupos. A nivel global se estima que solo 1 de cada 6 niños y niñas de 6 a 23 meses (16 %) están recibiendo una dieta mínima aceptable (47), con cifras que van desde el 3 % hasta el 77 % y en donde 60 de los 72 países con datos reportados, tienen cifras de dieta mínima aceptable por debajo del 50 % (41), lo que refleja el alarmante dato mundial y la tendencia nacional.

4.3 Tendencias en el consumo de alimentos naturales, procesados y ultraprocesados en Colombia

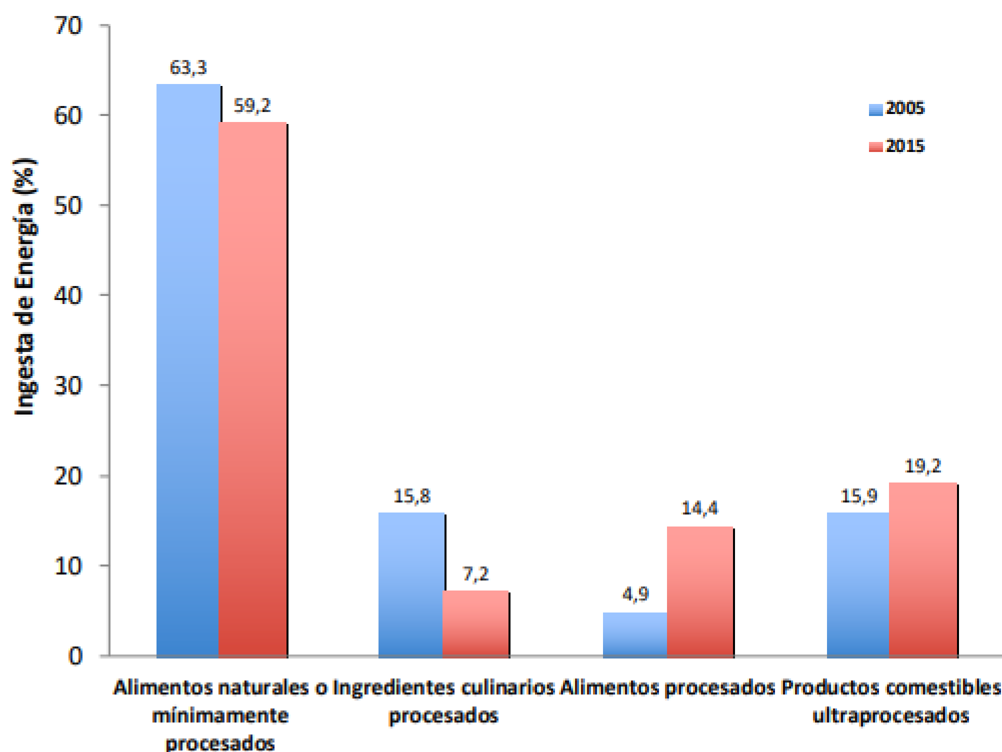
En el año 2015, la ingesta energética media diaria de todos los alimentos y bebidas fue de 1.947 kcal. Los alimentos naturales o mínimamente procesados representaron el 59,2% de la ingesta energética total, los ingredientes culinarios procesados contribuyeron con el 7,2% y los alimentos procesados y productos alimenticios ultraprocesados el 14,4 y 19,2%, respectivamente.

Dentro de la categoría de alimentos naturales o mínimamente procesados, los que más contribuyeron a la ingesta energética fueron los cereales en grano, plátanos, raíces y tubérculos (26,0%), seguido de las carnes rojas con un 9,2%. Los alimentos recién preparados (preparados principalmente de alimentos no procesados) representaron el 4,5% de la energía total, frutas (no fuentes de vitamina A) contribuyeron con el 3,3% y los lácteos (leche/yogurt), los vegetales contribuyeron con el 3,2 y el 3,1%, respectivamente. Entre los ingredientes culinarios procesados, los azúcares fueron los que más contribuyeron a la energía total (3,8%), seguido por los aceites vegetales (3,1%). En la categoría de alimentos procesados, el mayor aporte provino de las preparaciones fritas, saladas o dulces (4,9%), seguido del pan fresco y productos de panadería (3,1%), y los quesos (2,2%). Dentro de la PCUP, los que más contribuyeron a la ingesta energética total fueron los panes industriales (4,8%), los snacks envasados dulces y salados (4,0%), las bebidas azucaradas (3,7%), helados y bebidas lácteas comerciales (2,3%), embutidos y carnes reconstituidas (1,6%), fueron algunas de las otras subcategorías de importancia (Cediel, 2021) .

Al evaluar el cambio en el consumo de alimentos y productos por subgrupos NOVA entre el año 2005 y 2015, en la gráfica 3 se observa en el grupo de los alimentos naturales o

mínimamente procesados, una disminución en el consumo de casi todos los subgrupos de alimentos, siendo mayor en el grupo de cereales, plátanos, raíces y tubérculos (-4,2%), seguido del grupo preparaciones culinarias caseras (- 2,6%), el grupo de leche y yogures naturales (-2,3%) y las leguminosas y legumbres (-1,2%), por el contrario, se observa un aumento en el consumo de carnes rojas (4,1%), y levemente de vegetales (1,5%). En el grupo de los ingredientes culinarios procesados se observa una disminución en todos los subgrupos, siendo mayor en azúcares (-5,1%), seguido de los aceites vegetales (-3,0%) y la grasa animal (-0,6%). En el grupo de los alimentos procesados, se observa un aumento en el consumo en todos los subgrupos, siendo mayor en las preparaciones fritas (3,7%), seguido de la panadería fresca (1,4%) y levemente los quesos (0,3%). En el grupo de los PCUP, se observa un aumento en la mayoría de los subgrupos, siendo más alto en el subgrupo de los helados, bebidas lácteas comerciales industriales (2,1%), seguido de los snacks dulces y salados (1,5%), las bebidas azucaradas (1,2%), hubo una leve disminución en la confitería (-0,8%) (Cediel, 2021).

Gráfica 3. Distribución de la ingesta de energía según clasificación NOVA en Colombia entre el año 2005 y 2015



Fuente: (Cediel, 2021). Resultados preliminares de la tendencia en el consumo de productos comestibles ultra-procesados en Colombia entre los años 2005 y 2015.

4.4 *Consumo de frutas y verduras*

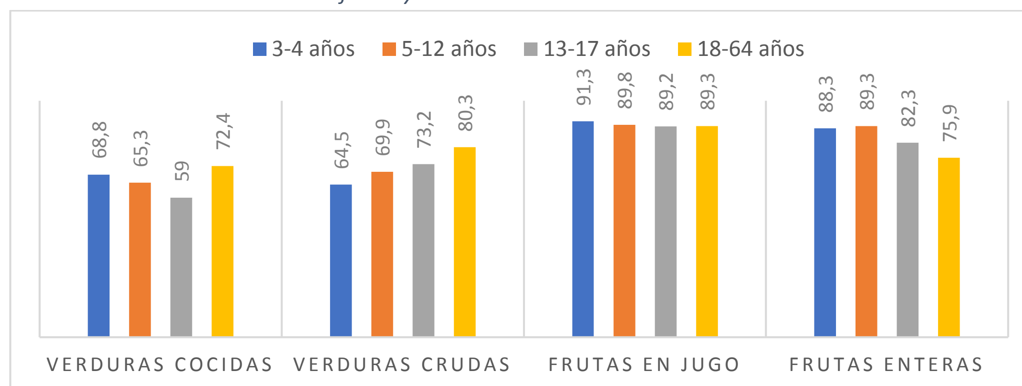
En Colombia, la prevalencia de consumo usual de verduras cocidas se encuentra entre 68,8-72,4%, siendo mayor en la población de 18 a 64 años, no obstante, las frecuencias de

consumo de estos alimentos son bastantes bajas (0,3-0,5 veces al día). Con respecto a las verduras crudas, la prevalencia aumenta a medida que aumenta la edad, lo cual significa que los niños y adolescentes consumen menos verduras frescas que los adultos.

En el caso de las frutas, la prevalencia de consumo usual se encuentra entre 89,3-91,3% de las poblaciones evaluadas, igualmente, se observa que la frecuencia de consumo es baja, oscila entre 0,5 a 1,2 veces al día, siendo los niños en edad preescolar quienes consumen con mayor frecuencia (1,2). Las prevalencias de consumo de frutas enteras son menores que las de frutas en jugo en todos los grupos de población, siendo los adultos quienes tienen una menor prevalencia de consumo 75,9% y su frecuencia diaria oscila entre 0,2 a 0,8 veces al día.

En todos los cursos de vida, se observa que no se cumplen las recomendaciones de 5 porciones de frutas y verduras al día, siendo la frecuencia para los preescolares 2,8 veces, para los escolares, 2,4 veces, para los adolescentes, 2,2 veces y para los adultos, 2,2 veces.

Gráfica 4. Prevalencia usual de consumo de frutas y verduras



Fuente: ENSIN 2015

En esta misma encuesta se evaluó el consumo, a través del recordatorio de 24 horas, en el cual se observó que las frutas y verduras fueron consumidas por un bajo porcentaje de la población y en bajas cantidades. En los preescolares, los alimentos de mayor consumo se encontraron entre los primeros 15 alimentos la cebolla -6, el tomate -10 y la zanahoria -12, seguidos por la habichuela y la arveja verde en los lugares 26 y 35, la cantidad promedio consumida estuvo entre 13 y 27 gramos. Las frutas más consumidas se encontraron entre los lugares 28 y 40, estas fueron el banano -28, mango – 33, tomate de árbol - 38 y manzana - 40, con una cantidad promedio entre 55 y 106 gramos. En los escolares, los alimentos de mayor consumo se encontraron entre los lugares 3 y 40 verduras como cebolla, tomate, zanahoria, arveja verde y habichuela con una proporción de la población que las consumía entre el 10,5 % y el 61,5 % y una cantidad promedio consumida al día entre 20,6 y 36,4 gramos. Las frutas más consumidas se encontraron en los lugares 35 (limón) y 37 (mango).

De igual manera, en los adolescentes, entre los 40 alimentos de mayor consumo se encontraron entre los lugares 10 y 34 verduras como cebolla, tomate, zanahoria y lechuga

con una proporción de la población que las consumía entre 10,5% y 39,4 % y una cantidad promedio consumida al día entre 26,1 y 42,7 gramos. Las frutas más consumidas ocuparon los lugares 36, 37 y 39, por el mango, limón y el banano con una cantidad promedio de 172,3g, 19,8 g y 120,2 g respectivamente. Finalmente, en los adultos, se ubicaron en los alimentos de mayor consumo entre los lugares 5 y 34 verduras como cebolla -5, tomate -9, zanahoria -16, lechuga -30, arveja verde -33 y habichuela -34 con una proporción de consumo entre 9 % y 49 % y una cantidad promedio consumida al día entre 25 y 46 gramos. Las frutas más consumidas se ubicaron en los lugares 31, 39 y 40, donde, en su orden fueron: limón, banano y mango con una cantidad promedio de 19,9 g, 119,2 g y 178,6 g respectivamente.

De lo anterior, se puede deducir que además de tener un bajo consumo de frutas y verduras, la población colombiana tiene una baja diversificación en la alimentación, encontrando únicamente consumos frecuentes de verduras (cebolla, tomate, zanahoria, habichuela) y de frutas (limón, mango, banano), desconociendo la gran diversidad de alimentos de este grupo que se dispone en el país.

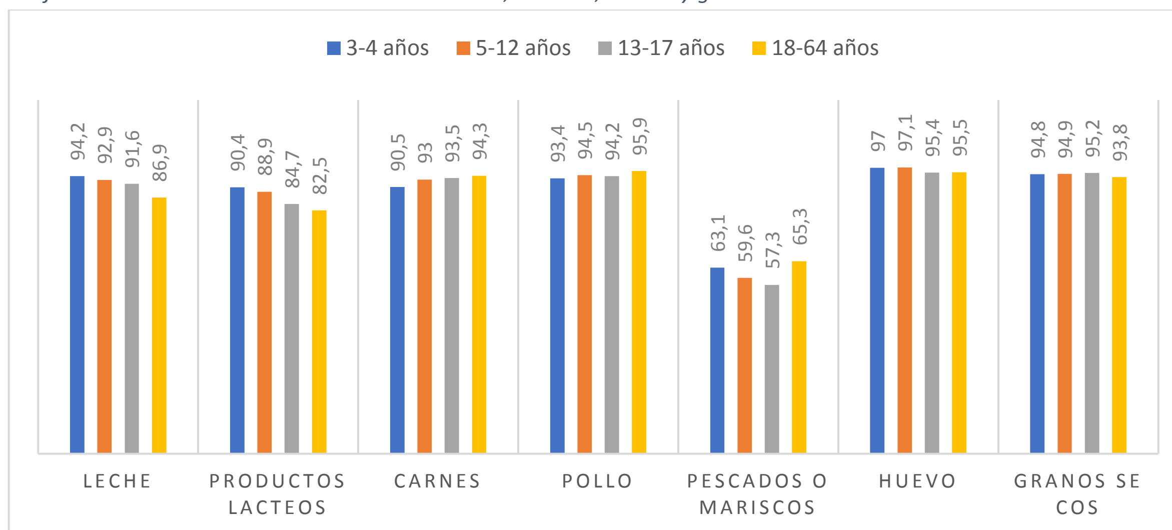
4.5 Consumo de lácteos, carnes, huevo y leguminosas

En lo relacionado al consumo de leche y productos lácteos, si bien se encuentran prevalencias de consumo altas de 82,5% a 94,2%, las frecuencias de consumo de este tipo de alimentos, varían de 0,5 a 1,4 veces al día, con frecuencias menores en la población adolescente y adulta.

Con respecto al consumo de carnes, pollo y pescados se encuentran mayores prevalencias en el consumo de pollo en todos los cursos de vida (93,4-95,9%), y prevalencias menores en el consumo de pescados y mariscos (57,3-65,3%). Las frecuencias de consumo de carnes y pollo se encuentran entre 0,4 a 0,5 veces al día, es decir, 3,5 veces a la semana, mientras que la frecuencia de consumo de pescado, se encuentra en 0,1 veces al día, es decir, 1 vez cada 15 días.

La prevalencia de consumo usual de huevo se encuentra entre 95,4 a 97,1% con una frecuencia de 0,7 veces al día, es decir, 5 veces a la semana, y la prevalencia de consumo usual de granos secos, se encuentre entre 93,8% a 95,2%, con una frecuencia entre 0,4 a 0,5 veces al día.

Gráfica 5. Prevalencia usual de consumo de lácteos, cárnicos, huevos y granos secos



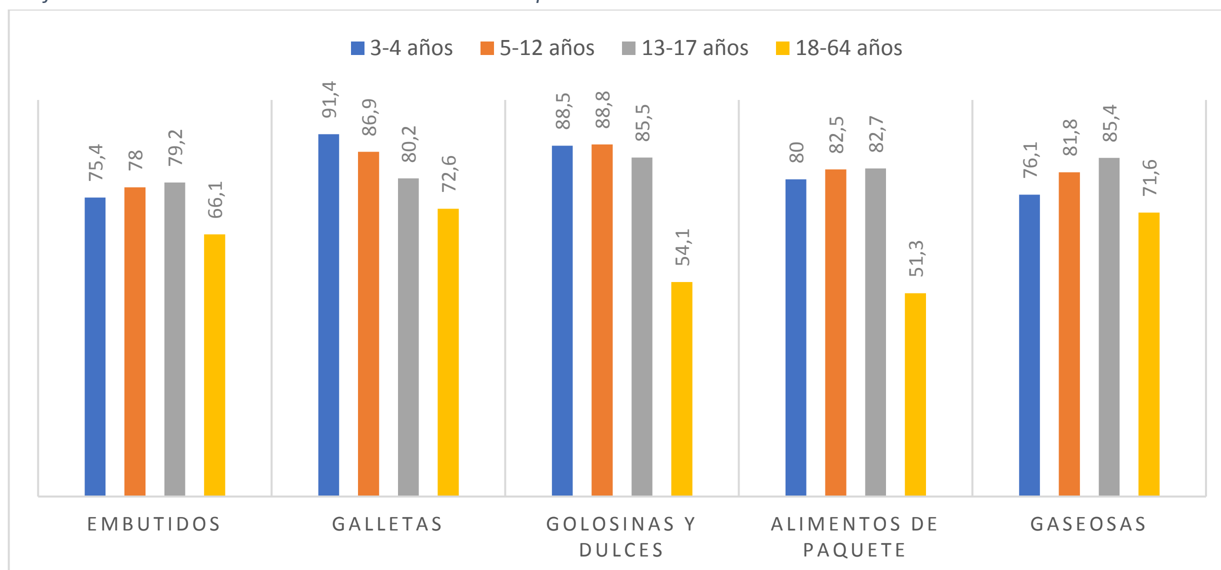
Fuente: ENSIN 2015

4.6 Consumo de productos alimenticios ultraprocesados

La ENSIN 2015, muestra la presencia de algunas prácticas que, sumadas a la inactividad física, podrían favorecer el exceso de peso en los diferentes grupos de población. Es así como se presenta una elevada prevalencia de uso de productos alimenticios ultraprocesados como son comidas rápidas, gaseosas, alimentos de paquete, golosinas y dulces que está acentuada en la población menor de 18 años y con mayor énfasis en las áreas urbanas (MSPS M. , Encuesta de Salud Nutricional y Alimentaria en Colombia – ENSIN, 2015).

Con relación a los patrones de consumo predominantes en nuestro país, la última Encuesta de la Situación Alimentaria y Nutricional, arrojó datos importantes sobre las prácticas alimentarias por grupos de edad, en la siguiente gráfica se presentan algunos datos importantes:

Gráfica 6. Prevalencia de consumo usual de alimentos procesados



Fuente: ENSIN 2015

De acuerdo con la gráfica anterior se observan altos consumos de productos alimenticios ultraprocesados en todos los grupos de edad, con prevalencias de consumo usual por encima del 50% de la población. Es importante resaltar que las mayores prevalencias de consumo usual de este tipo de productos alimenticios se encuentran en población menor de 18 años, la cual se relacionan con el aumento de exceso de peso en esta misma población.

El consumo de embutidos es mayor en la población adolescente con un 79,2%, lo cual significa que 4 de cada 5 adolescentes consumen usualmente este tipo de productos, con una frecuencia de 3 veces por semana, una cantidad promedio de 77,1g, sin diferencias por sexo y grupo étnico, hay mayor prevalencia en la región Bogotá con 85,4% y menor en la región Orinoquía-Amazonía con 70,9%. Se observa que el grupo de galletas es altamente consumido por todos los grupos de edad, enfatizando en los niños y niñas de 3 a 4 años, en los cuales el 91,4% consume de manera usual estos productos , con una frecuencia de 5 veces por semana, sin diferencias por sexo y grupo étnico, hay mayor prevalencia en la región Bogotá con 97,4% y región central con 92,2% (MSPS M. , Encuesta de Salud Nutricional y Alimentaria en Colombia – ENSIN, 2015).

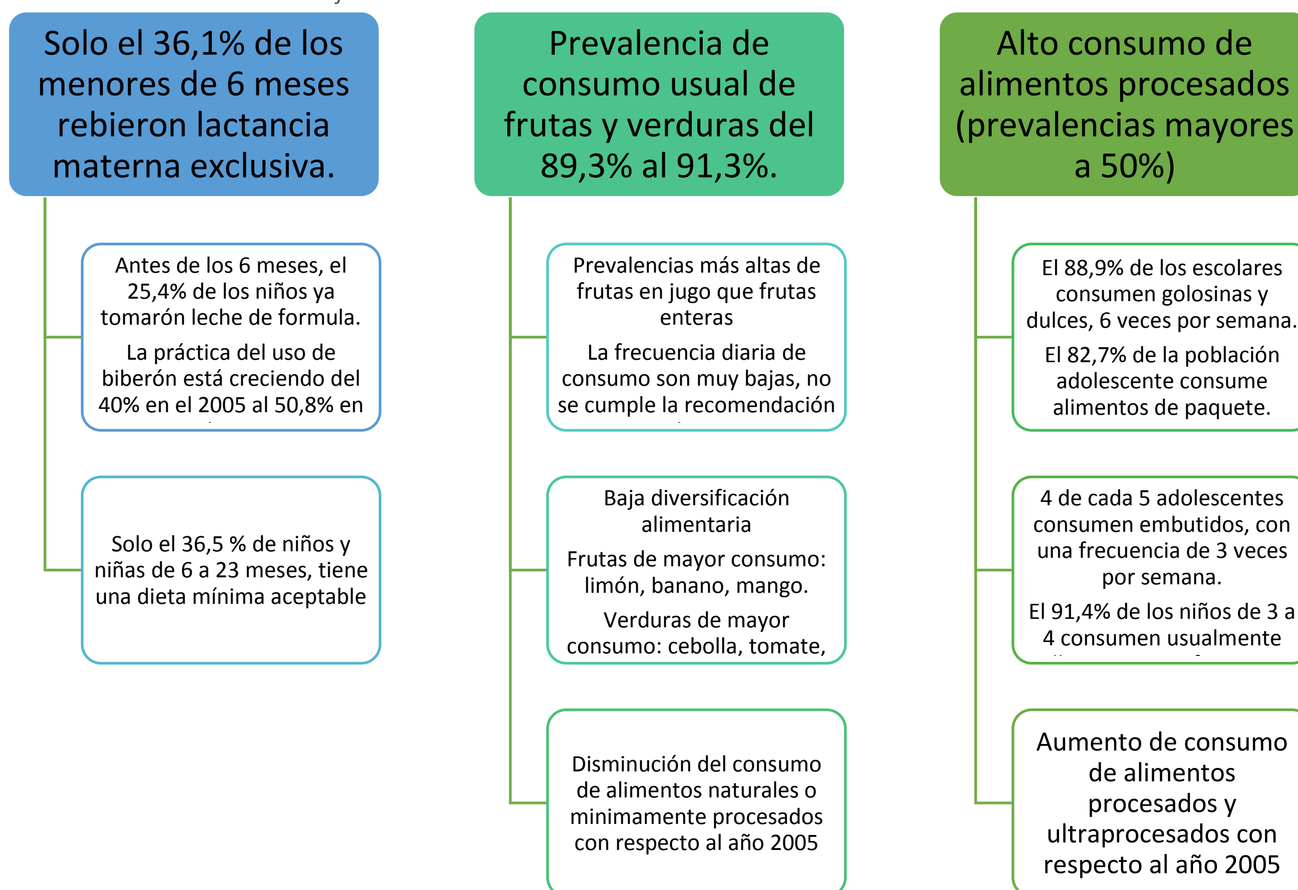
En cuanto al consumo de golosinas y dulces, se observan mayores consumos en la población escolar con 88,8%, con una frecuencia de 6 veces por semana, siendo mayor su consumo en la etnia afrodescendiente con un 92,7%, sin diferencias significativas por sexo ni por región. De la misma manera, los productos de paquete son mayormente consumidos por la población adolescente con un 82,7%, seguida de los escolares con 82.5%, esto significa que 4 de cada 5 escolares y adolescentes consumen productos de paquete, con una frecuencia de 3 veces por semana, con una porción aproximada de 33,9 g. Igualmente el consumo de gaseosas es mayor en los adolescentes con 85,4%, es importante

manifestar que la cantidad promedio de esta bebida es de 373,6 g, lo cual es bastante alto (MSPS M. , Encuesta de Salud Nutricional y Alimentaria en Colombia – ENSIN, 2015).

Además, el 67,0% de las personas de 4 años y más que viven en cabeceras manifestaron consumir bebidas azucaradas habitualmente; las personas entre 14 y 18 años presentaron el porcentaje más alto de consumo de estas bebidas (79,8%) (DANE, 2017), mientras que en el grupo de escolares el 74,0% las consume, es decir 3 de cada 4 niños (MSPS M. d., 2018).

Es claro que los productos alimenticios procesados y ultraprocesados representan un porcentaje importante en el aporte de energía diario de cada persona, aproximadamente contribuyendo en un 4.9 al 15.9% del total de energía respectivamente, dependiendo de la frecuencia de consumo. Los alimentos que hacen parte de esta contribución energética son los quesos (1,9%), pan fresco y productos de panadería (1,7%), bebidas azucaradas (2,5%), panes industriales (5,0%), bocadillos dulces y salados envasados (2,5%), salchichas y carne reconstituida (1,3%) y confitería (1,5%) (Parra DC, 2019).

Gráfica 7. Resumen del estado de consumo de alimentos en Colombia



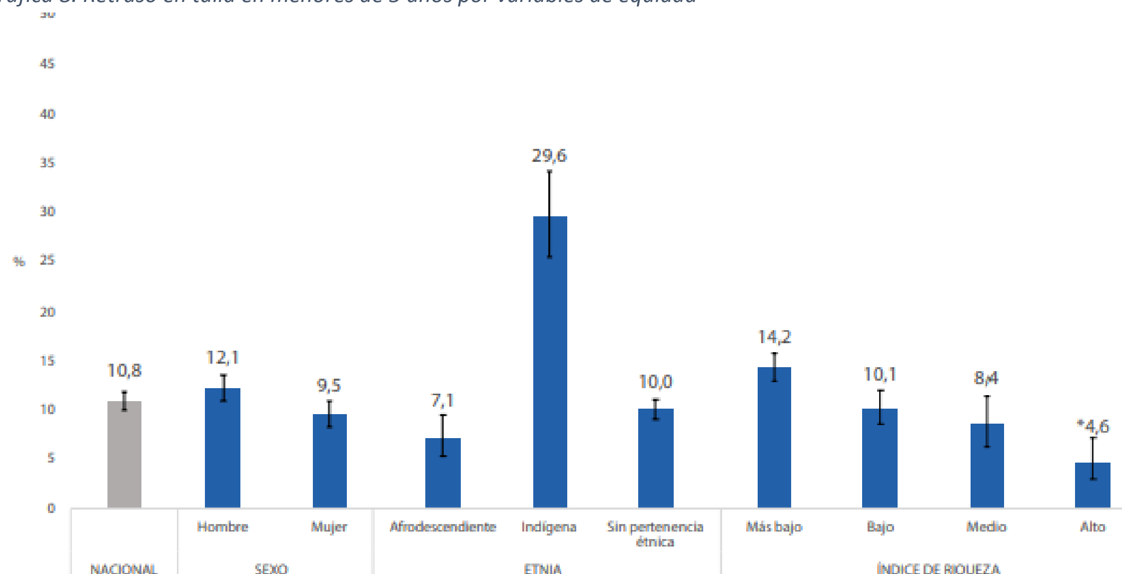
Fuente: Elaboración propia con base en resultados de ENSIN

4.7 Indicadores antropométricos y biológicos de la situación en Colombia

Menores de 4 años

Retraso en talla: la ENSIN 2015 indica que, aunque la prevalencia de retraso en talla en los menores de 5 años (10,8 %) se redujo en 2,4 p.p., no alcanzó las metas esperadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2015 que buscaban llegar a 8,0 % de retraso en talla. La mayor prevalencia de retraso en talla se encontró en los hogares más pobres (14,2 %), tal como se muestra en la gráfica 8. Además, en esta gráfica se evidencia que la prevalencia en los niños fue mayor comparada con la de las niñas y, en lo que respecta a la pertenencia étnica, los niños y las niñas indígenas presentaron la mayor frecuencia de retraso en talla en Colombia, frente a las demás etnias.

Gráfica 8. Retraso en talla en menores de 5 años por variables de equidad



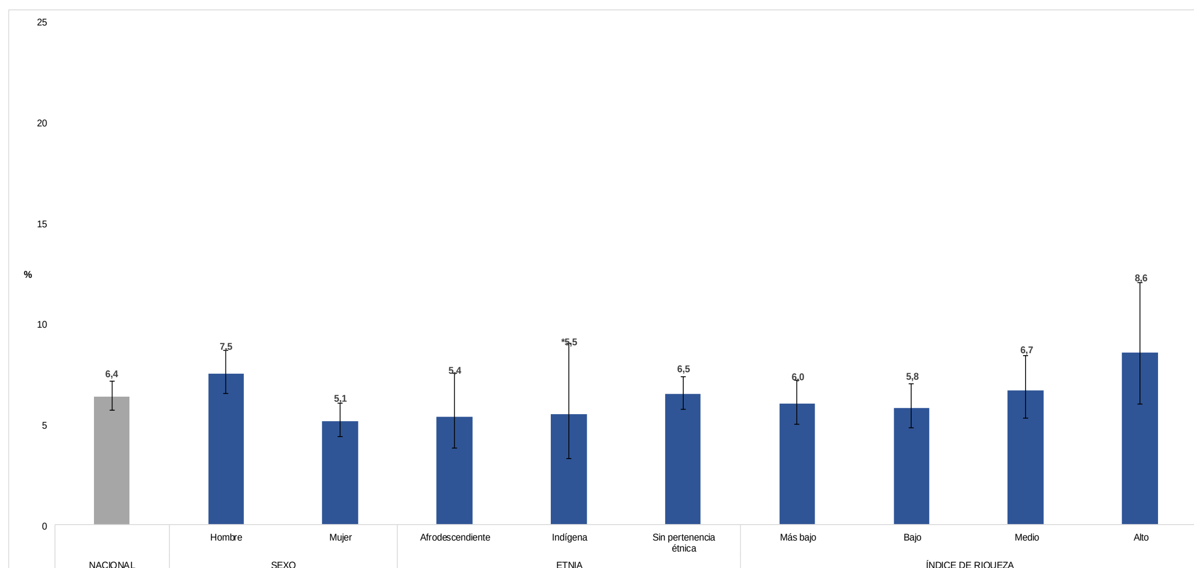
Fuente: ENSIN 2015

Desnutrición aguda: La prevalencia de desnutrición aguda en el ámbito nacional (1,6 %) fue significativamente mayor a la encontrada en el 2010 (0,9 %). Su distribución por edad muestra una mayor concentración en los niños y las niñas menores de 2 años. Entre los residentes en cabeceras, la prevalencia fue de 1,4 % y para quienes habitaban en el área resto de los territorios, fue de 1,8 %, evidenciando estos resultados la existencia de inequidades que deben ser estudiadas y analizadas a nivel de los territorios para evaluar qué factores las están determinando.

Exceso de peso: El comportamiento de la prevalencia del exceso de peso en los países de la región Latinoamericana y del Caribe, muestra que la de Colombia (6,3 %) está por

encima de la de Chile (0,5 %), Jamaica (2,5 %), Paraguay (2,6 %), Perú (3,1 %), Bolivia (3,6 %), México (3,9 %) y Uruguay (4,0 %); es similar a la de Ecuador (6,4 %) y El Salvador (5,0 %), y es inferior a la de Guatemala (12,6 %), Haití (11,6 %) y Honduras (7,1 %), (22).
El análisis del exceso de peso frente a las variables de equidad muestra que, en esta versión de la ENSIN, los niños (7,5 %) tienen mayor frecuencia comparados con las niñas (5,1 %); de otro lado, al evaluar el comportamiento por índice de riqueza o etnia no se presentan diferencias significativas (gráfica 9) en este indicador antropométrico.

Gráfica 9. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 0 a 4 años por sexo, etnia e índice de riqueza



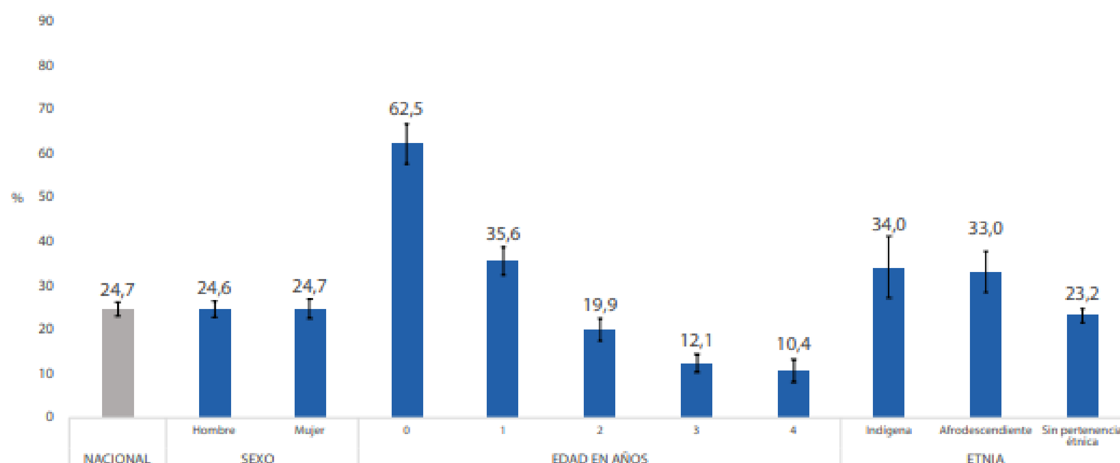
Fuente: ENSIN 2015

Las prevalencias del exceso de peso en la ENSIN 2015 por concentración de población son similares. El exceso de peso en los niños y niñas menores de 5 años por regiones se comporta de manera similar entre ellas, a excepción de Orinoquia y Amazonia *vs* la región Central, en donde esta última es superior en 3,4 p.p.

Anemia: Como se observa en la gráfica 10, las prevalencias de anemia fueron menores a mayor edad, lo que implica que los niños y niñas en sus primeros 3 años de vida tienen mayor probabilidad de presentar esta condición y de sufrir las consecuencias de esta deficiencia.

Adicionalmente, con relación a la etnia, se encontró que los niños y niñas indígenas y afrodescendientes tenían mayores prevalencias de anemia 34 % y 33 %, respectivamente, en comparación con los de sin pertenencia étnica, cuyo porcentaje fue menor en 10 p.p. No se hallaron diferencias por sexo.

Gráfica 10. Prevalencia de anemia en menores de 5 años por variables de equidad



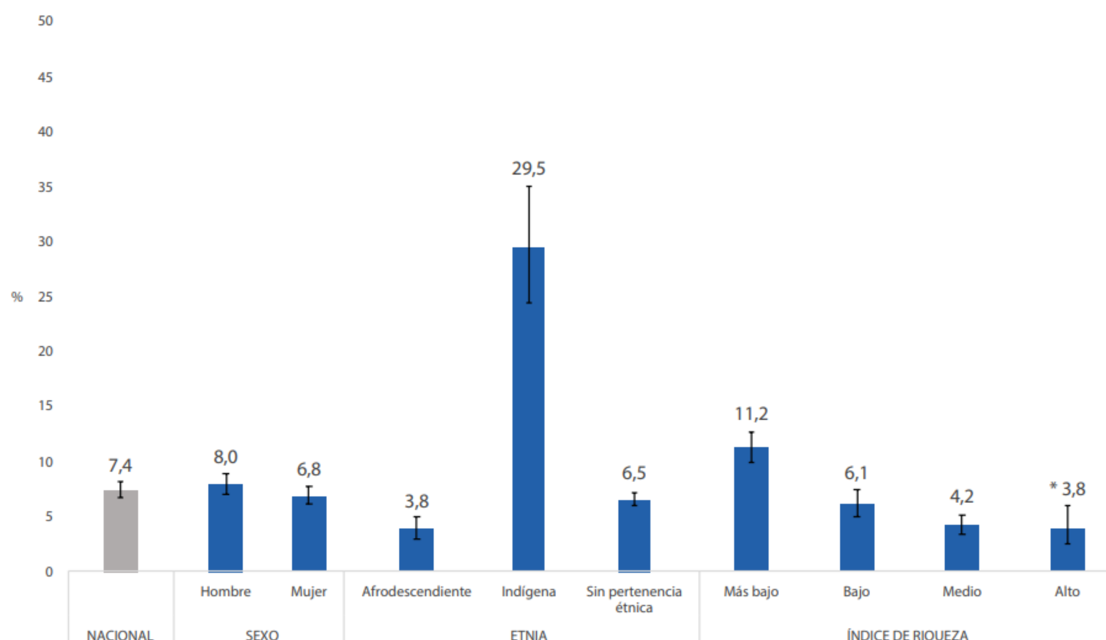
Fuente: ENSIN 2015

Deficiencias de vitaminas y minerales: La prevalencia de deficiencia de vitamina A fue del 27,3% a nivel nacional, mayor 2,3 p.p. a la reportada en la ENSIN 2010, lo que implica que en Colombia uno de cada cuatro niños y niñas tenía bajos niveles de esta vitamina. El 36,0 % de la población infantil de 1 a 4 años en Colombia presentó deficiencia de zinc de 7,3 p.p. por debajo de lo reportado en la ENSIN 2010. Mientras que para la vitamina D, los resultados evidencian una prevalencia de insuficiencia del 35,2 %, donde uno de cada tres niños y niñas no tenía los niveles suficientes para responder a las necesidades, sin encontrar diferencias por sexo, etnia, región o concentración de población. Por su parte la deficiencia de yodo, en este grupo de edad se encuentra en 8,1%, mientras que el exceso de yodo es del 63,8% a nivel nacional.

Niños de 5 a 12 años

Retraso en talla: Para el año 2015, se alcanzó una prevalencia de retraso en talla de 7,2%. Al analizar el comportamiento del retraso en talla por las variables de equidad, se identificaron importantes inequidades entre niños y niñas indígenas, entre los que habitaban en hogares más pobres y en los que vivían en el área resto. Con respecto a los niveles de riqueza, se encontró una proporción significativamente más alta en los niños y en las niñas del cuartil más bajo de riqueza (11,2 %), comparado con los cuartiles bajo y medio Gráfica 11.

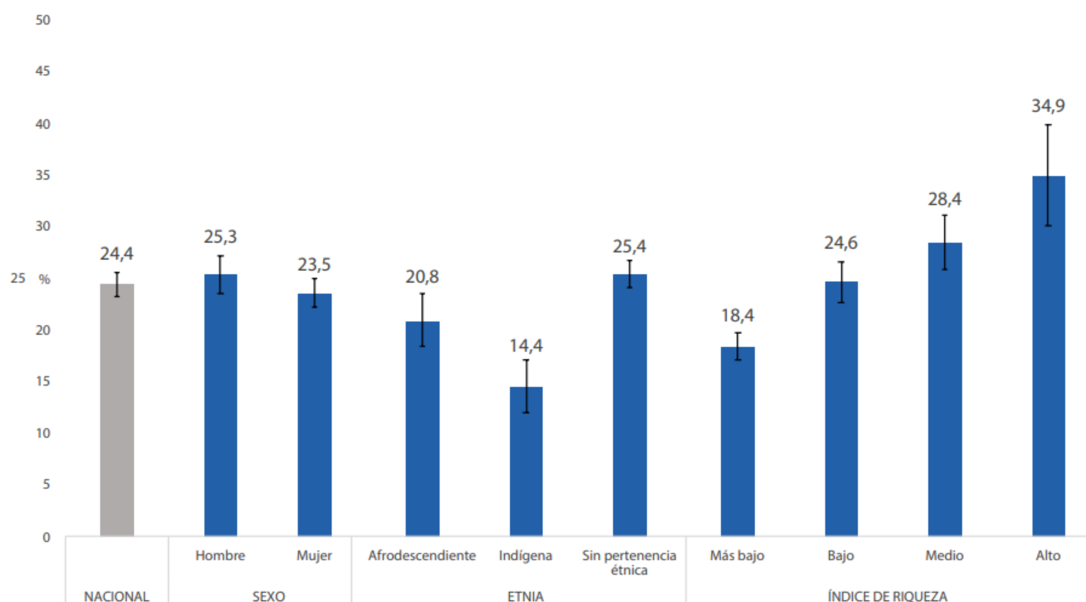
Gráfica 11. Retraso en talla en niños y niñas de 5 a 12 años, por variables de equidad



Fuente: ENSIN 2015

Exceso de peso: En contraste con el retraso en talla, la mayor prevalencia de exceso de peso en este grupo de edad se presentó entre los que no tenían pertenencia étnica y en los afrodescendientes comparados con los indígenas (25,4 % vs. 20,8 % vs. 14,4 %). Así mismo, la prevalencia también fue mayor en los hogares del cuartil alto del índice de riqueza con referencia al más bajo. Se evidencia que al desagregar el exceso de peso en los niños y en las niñas de 5 a 12 años por sexo, no se observan diferencias en las prevalencias (niños: 25,3 % vs. niñas: 23,5 %).

Gráfica 12. Prevalencia de exceso de peso en niños y niñas de 5 a 12 años, por variables de equidad

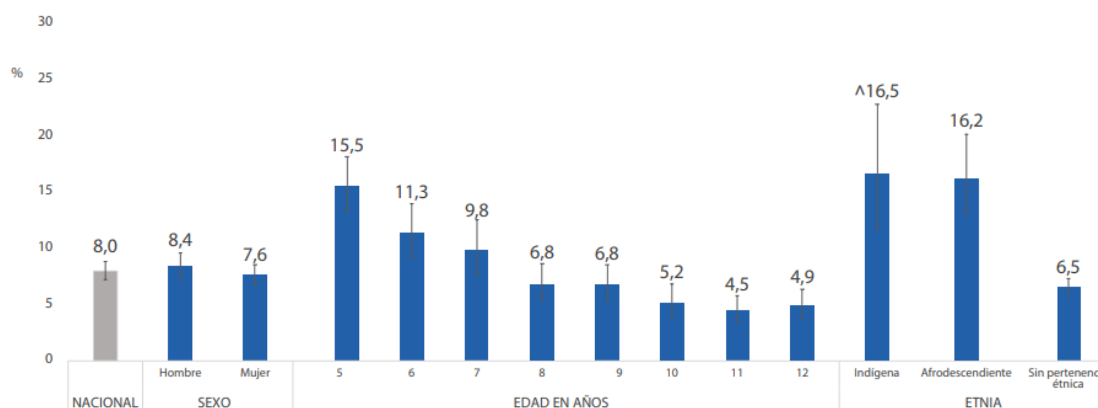


Fuente: ENSIN 2015

Entre las desagregaciones de cabecera, se encontró la mayor prevalencia en las 4 principales ciudades de Colombia (Barranquilla, Cali, Bogotá y Medellín), en comparación con quienes habitan en territorios de 100.000 o menos habitantes (29,0 % vs. 23,4 %, respectivamente). En lo que respecta al comportamiento departamental del exceso de peso, los cinco primeros con las prevalencias más altas fueron San Andrés y Providencia (37,9 %), Guainía (34,5 %), Valle del Cauca (29,9 %), Risaralda (29,6 %).

Anemia: La prevalencia en el país fue del 8,0 %, igual a la reportada en la ENSIN 2010 (8,1 %) y con comportamientos similares: sin diferencias por sexo y porcentajes que son menores a mayor edad, siendo la prevalencia más alta en los de 5 años (15,5 %) y la más baja en los niños y niñas de 11 (4,5 %) y 12 (4,9 %) años. Adicionalmente, se encontraron prevalencias aproximadamente tres veces más altas en indígenas y afrodescendientes comparadas con el porcentaje de aquellos sin pertenencia étnica, que fue de 6,5 %.

Gráfica 13. Prevalencia de anemia en niños y niñas menores de 5 a 12 años, por variables de equidad



Fuente: ENSIN 2015

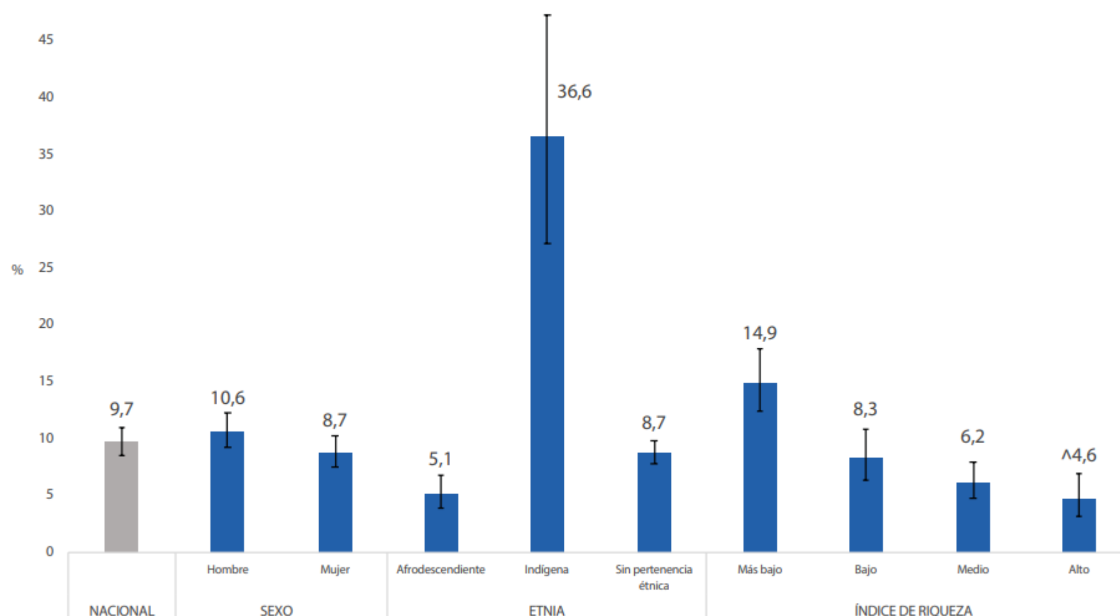
Deficiencia de vitaminas y minerales: El 6,8 % de la población de 5 a 12 años registró riesgo de deficiencia (depleción) de vitamina B12. Los porcentajes fueron mayores en niños (7,9 %), en la población de 12 años (10,7 %), en afrodescendientes (9,4 %), en la ubicada en el área resto (7,7 %) y en la región Atlántica (8,5 %). La prevalencia de insuficiencia de vitamina D fue del 45,6 %, sin diferencia por sexo ni por edad simple y fue mayor en la población sin pertenencia étnica (46,4 %) con respecto a los afrodescendientes. Mientras que la prevalencia nacional de deficiencia de yodo en esta población fue del 4,4 % y el exceso se encuentra en 75,2%.

Adolescentes de 13 a 17 años

Retraso en talla: Con relación a los niveles de riqueza de los hogares de los adolescentes colombianos, se presentó una proporción significativamente más baja en los del cuartil alto de riqueza (4,6 %), situación contraria al cuartil más bajo, donde se encontró la mayor prevalencia de retraso en talla (14,9 %) (gráfica 14).

Por sexo, el retraso en talla fue de 10,6 % en los hombres y de 8,7 % en las mujeres, con diferencias significativas. Con respecto a la etnia, los adolescentes indígenas presentaron una prevalencia de retraso en talla ocho veces más alta que la de los afrodescendientes y casi cinco veces mayor que la de la población sin pertenencia étnica.

Gráfica 14. Retraso en talla en adolescentes, por variables de equidad

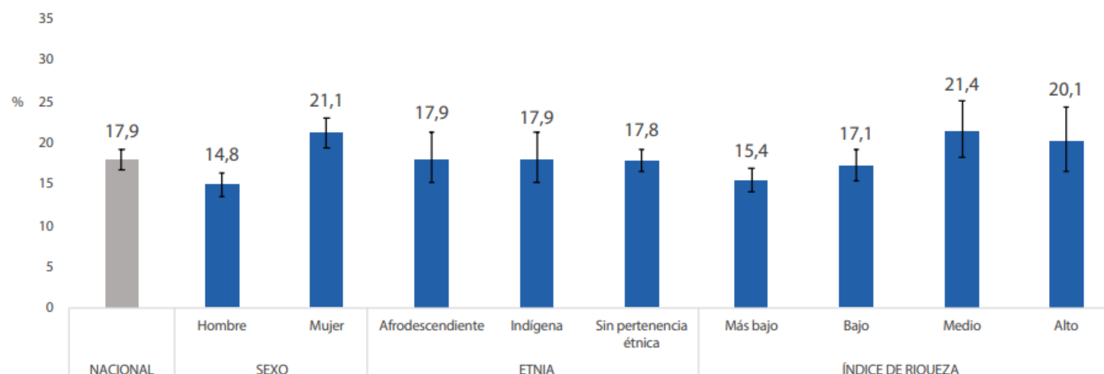


Fuente: ENSIN 2015

Exceso de peso: La prevalencia nacional para el 2015, fue del 17,9%. Por sexo, se pueden observar diferencias de 6,3 p.p., con mayor proporción de exceso de peso en las mujeres adolescentes (21,1 %). Así mismo, por cuartiles de riqueza, el exceso de peso se encontró

en menor proporción en el cuartil más bajo al compararse con los cuartiles medio y alto. Con respecto a la etnia autorreferida por los adolescentes, tal como se puede observar en la gráfica 15, la prevalencia de exceso de peso fue similar.

Gráfica 15. Prevalencia de exceso de peso en adolescentes por variables de equidad



Fuente: ENSIN 2015

A nivel territorial se observa que las tres subregiones de mayor prevalencia de este indicador antropométrico fueron Cali A.M. (23,4 %), Medellín A.M. (21,0 %) y Antioquia sin Medellín A.M. (21,0 %). Este indicador nutricional a nivel departamental mostró las prevalencias más altas en cinco departamentos: Guainía (30,8 %), Arauca (30,0 %), San Andrés y Providencia (28,1 %), Amazonas (28,1 %) y Meta (25,1 %).

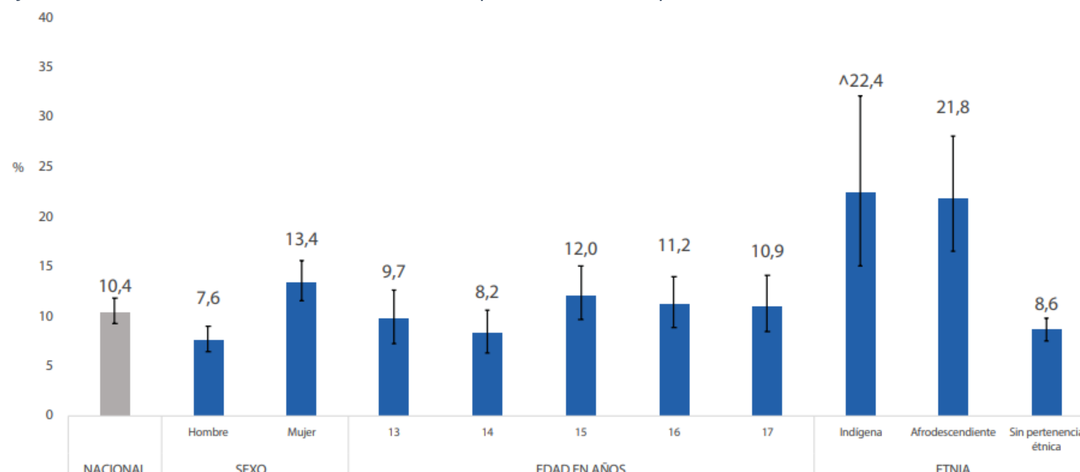
Anemia: La prevalencia actual de anemia (10,4%), no mostró diferencias con la información de la ENSIN 2010. No obstante, en esta medición existieron marcadas diferencias por sexo, encontrando que el porcentaje para las mujeres (13,4 %) fue el doble, posiblemente asociado a los mayores requerimientos en las niñas de 13 a 17 años por el inicio de su periodo menstrual. Adicionalmente, se observó una tendencia distinta a la encontrada en población menor de 13 años. Actualmente, las prevalencias son más altas a mayor edad y aunque no se encontraron diferencias en las prevalencias de anemia entre la población adolescente indígena (22,4 %) y afrodescendiente (21,8 %), los porcentajes son casi tres veces superiores en comparación con la prevalencia en aquellos sin pertenencia étnica (gráfica 16).



La salud es de todos

Minsalud

Gráfica 16. Prevalencia de anemia en adolescentes por variables de equidad



Fuente: ENSIN 2015

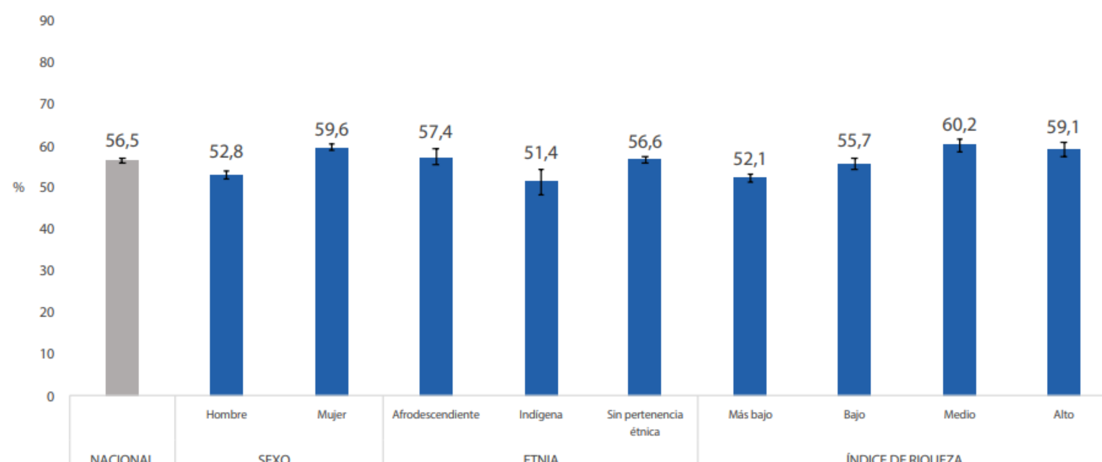
Deficiencia de micronutrientes: la prevalencia de deficiencia de vitamina B12 en esta población fue muy baja (3,5 %). El porcentaje de deficiencia fue dos veces mayor en los hombres (4,7 %), en comparación con el de las mujeres adolescentes y con los de mayor rango de edad (4,2 %). En Colombia, uno de cada cinco adolescentes presentó deficiencia de vitamina D (20,4%), las prevalencias fueron más altas en la población de 13 años y en el grupo de mujeres (25,7 %), siendo 10,3 p.p. mayor al compararse con los hombres. Se observó una clara diferencia por etnia. La mayor prevalencia de deficiencia se encontró en la población indígena (23,1 %) y, la menor, en los afrodescendientes (14,2%).

Adultos de 18 a 64 años

Exceso de peso: Por sexo, se hace evidente la alta prevalencia que presentaron las mujeres con respecto a los hombres, diferencia que mantienen desde la edad escolar y que es coherente con los resultados de las versiones anteriores de la ENSIN y con los reportes de la OMS sobre exceso de peso. Por cuartiles de riqueza, se refuerzan las consideraciones reportadas en la literatura frente a la no exclusividad de la situación para países en desarrollo, ni por grupos poblacionales, ni individuales entre ricos o pobres. Es así como en Colombia, aunque la mayor prevalencia de exceso de peso se presentó en individuos que habitaban en hogares con índice de riqueza alto y medio, todos los niveles presentan exceso de peso en por lo menos uno de cada dos individuos (gráfica 17).

No se mostraron diferencias para este indicador por etnia al compararse los afrodescendientes con el grupo sin pertenencia étnica; sin embargo, sus prevalencias fueron mayores que las del grupo indígena. Aun así, es necesario rescatar que, a pesar de su baja prevalencia con respecto a las demás etnias, en el grupo de indígenas existía por lo menos uno de cada dos adultos que tenía sobrepeso u obesidad, evidenciando la duplicidad de cargas nutricionales en esta población en la que conviven problemas de déficit en menores de 5 años con exceso de peso en los adultos.

Gráfica 17. Prevalencia de exceso de peso en adultos, por variables de equidad



Fuente: ENSIN 2015

Los cinco primeros departamentos con prevalencias más altas fueron: Amazonas (72,4 %), San Andrés y Providencia (65,6 %), Vichada (65,3 %), Guainía (64,1 %) y Meta (61,8 %). En la mayoría de estos departamentos se evidenció desde el grupo de 5 a 12 años y de adolescentes, las mayores prevalencias en este indicador.

Obesidad abdominal: En Colombia, la obesidad abdominal en mujeres de 18 a 64 años se encontró en el 59,6 % de la población. El comportamiento del indicador ha mostrado un aumento significativo y de gran relevancia entre el 2005 y el 2010 de más de 10 p.p.; sin embargo, en el 2015 se observa una reducción, que no es de la misma dimensión del aumento en el primer periodo, pero es estadísticamente diferente en 2,4 p.p., pasando de 62,0 % a 59,6 %. Al desagregar el indicador por las variables de equidad se evidenció una mayor prevalencia en las mujeres que residían en el área resto vs. cabecera y todas sus desagregaciones y en quienes habitaban en hogares de cuartiles de riqueza más bajo en comparación con los demás cuartiles. Esta condición expone a los más vulnerables a un mayor riesgo en su salud y se suma a las reducidas oportunidades de acceso y vinculación al sistema de salud y sus servicios. A nivel regional, la Atlántica (63,0 %) presentó una prevalencia mayor que la nacional y que la de las regiones Orinoquía - Amazonía, Bogotá, Central y Pacífica.

La prevalencia de obesidad abdominal en los hombres adultos colombianos fue de 39,3 %. Al desagregar el indicador por las variables de equidad, contrario a la situación de las mujeres, se presentó una mayor prevalencia en los hombres que residían en el área cabecera y sus desagregaciones. No así en lo relacionado con el índice de riqueza, pues al igual que en las mujeres fue más alta la prevalencia en los hombres que habitaban en hogares de cuartiles de riqueza más bajos. En los hombres de Colombia, la obesidad abdominal por etnia fue significativamente menor en la población indígena comparada con los afrodescendientes y sin pertenencia étnica: 28,5 % vs. 38,2 % vs. 39,9 %, respectivamente. Por región, al igual que en las mujeres, la prevalencia de obesidad

abdominal en la Atlántica superó la prevalencia nacional. De acuerdo con las variables complementarias de la situación de obesidad abdominal, se observaron prevalencias más altas en aquellos con niveles educativos de la categoría superior completa o más. Adicionalmente, al contrario de las mujeres, quienes refirieron tener una ocupación formal y aseguramiento en salud por el régimen contributivo o especial tuvieron mayor obesidad abdominal. En concordancia con lo sucedido en el grupo de las mujeres, el estado nutricional del cónyuge evidenció la mayor presencia de obesidad abdominal cuando la pareja tenía exceso de peso (sobrepeso y obesidad).

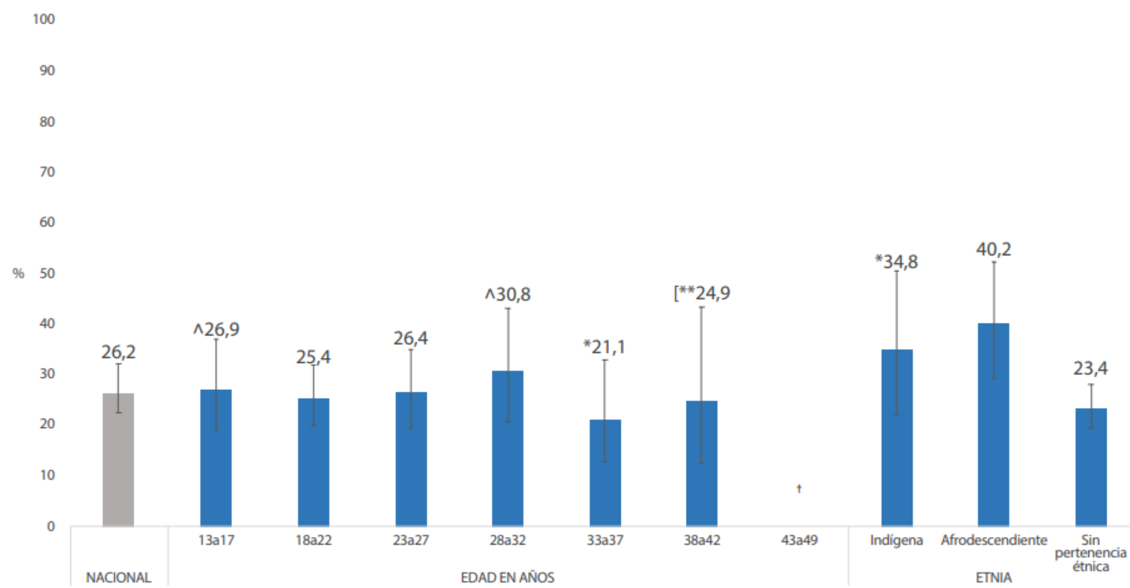
Gestantes

Bajo peso gestacional: En Colombia, 14,2 % de la población que refirió estar en embarazo al momento de la Encuesta tenía bajo peso para su edad gestacional. Se observa que las adolescentes presentaron prevalencias de bajo peso gestacional más altas que las gestantes adultas, condición que se detectó desde la ENSIN 2005 con 33,2 % y que se volvió a identificar en la ENSIN 2010 con 28,6 %.

Exceso de peso: En el total de mujeres gestantes colombianas, el exceso de peso representó el 40,0 %, sin encontrarse diferencias significativas entre quienes habitaban en la cabecera (41,6%) y en el área resto (36,2%). Se hallaron prevalencias más altas en el exceso de peso con cambios estadísticamente significativos frente al 2010 (34,6 %), mostrando un aumento en casi 6 p.p. en el 2015.

Anemia: se presentó en el 26,2 % de la población gestante de la muestra, porcentaje mayor en 8,3 p.p. con respecto a la cifra reportada en la ENSIN 2010 y en comparación con la cifra global que es del 19,2 % y de la región 15,2 %, evidenciando que una de cada cuatro mujeres gestantes en Colombia presentó esta condición, lo que implica un problema moderado de salud pública, que afecta más a las gestantes de 28 a 32 años de edad (30,8 %) y a las afrodescendientes (40,2 %), porcentaje que duplica el encontrado en las gestantes sin pertenencia étnica.

Gráfica 18. Prevalencia de anemia en gestantes, por edad y etnia



Fuente: ENSIN 2015

Gráfica 19. Resumen de los indicadores antropométricos y biológicos para Colombia

Fuente: Elaboración propia, con base en resultados de ENSIN-2015.

5. Marco conceptual

5.1 *Alimentación saludable*

Es aquella que satisface las necesidades de energía y nutrientes en todas las etapas de la vida considerando su estado fisiológico y velocidad de crecimiento; promueve el suministro de nutrientes de la madre al feto, la práctica de la lactancia materna e incluye alimentos ricos en nutrientes en la alimentación complementaria y se caracteriza por ser una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada, diversificada e inocua que previene la aparición de enfermedades asociadas con una ingesta deficiente o excesiva de energía y nutrientes (MSPS M. , Resolución 3803, 2016).

Uno de los componentes fundamentales de la alimentación saludable es la densidad de nutrientes, ya que debe enfocarse en cubrir las calorías requeridas por los individuos a partir de alimentos ricos en nutrientes, especialmente de nutrientes beneficiosos como los carotenos, el ácido fólico, fibra, ácidos grasos esenciales, entre otros. De igual forma, un régimen alimentario saludable debe tener en cuenta el contenido de nutrientes “no beneficiosos” para el ser humano, tales como los ácidos grasos trans, ácidos grasos saturados, sodio, colesterol y azúcares, a fin de moderar su consumo (MSPS,FAO, 2012).

La alimentación saludable entendida como un “modelo de dieta variada”, debe partir de la ingesta de porciones adecuadas de alimentos en relación con los requerimientos determinados por la edad, el género y la actividad física, que además sean ricos en fibra, vitaminas, minerales, fitoquímicos y proteínas tales como hortalizas, verduras, frutas, cereales integrales y de grano entero, leguminosas verdes y secas, carnes magras y productos lácteos bajos en grasa. En consecuencia, la alimentación saludable debe ser:

Completa: debe contener todos los grupos de alimentos que al ser combinados aportan los nutrientes necesarios.
Equilibrada: debe incluir cantidades adecuadas de alimentos sin excederse o incurrir en deficiencias.
Suficiente: cubre las necesidades del organismo para su adecuado funcionamiento.
Adecuada: se ajusta a las necesidades de los individuos, a su contexto y las condiciones de inocuidad requeridas.
Diversificada: debe variar los alimentos de cada grupo, incluyendo diferentes tipos de frutas, verduras, cereales, raíces, tubérculos, leguminosas, carnes, huevos, etc.
Inocua es aquella que es libre de contaminantes, sustancias tóxicas y otros factores que van en detrimento del estado de salud de quien la consume**.**
Sostenible: no agota los recursos naturales

Es importante resaltar que cada persona tiene unas necesidades de energía y nutrientes diferentes, de acuerdo con la edad, sexo y estado fisiológico y que para la planeación y evaluación de un régimen de alimentación, las principales orientaciones técnicas son las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes - RIEN para la población colombiana, establecidas en la Resolución 3803 de 2016. Los usos de esta normativa, son los siguientes:

- Guiar el proceso de fortificación de alimentos y la formulación de suplementos dietarios estableciendo los valores para cubrir el requerimiento poblacional y para evitar la aparición de efectos adversos por déficit o exceso.
- Proveer información básica para establecer las normas y los valores diarios para el etiquetado o rotulado nutricional de productos alimenticios.
- Ser referencia para la formulación, seguimiento y evaluación de la política alimentaria y nutricional, con énfasis en la adecuación del suministro de alimentos y productos alimentarios y nutricionales para cubrir las necesidades de la población del país.
- Servir como marco de referencia para la actualización de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) para la población colombiana.
- Planear y desarrollar investigaciones en alimentación y nutrición.
- Ser referencia básica para la planificación y evaluación dietética para individuos y grupos.

De acuerdo con lo anterior, las RIEN son la principal herramienta técnica en materia de alimentación saludable.

5.2 Promoción de la alimentación saludable

La **promoción de la alimentación saludable**, se define como un marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la alimentación, mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas/planes/programas/estrategias, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales y comunitarias en alimentación saludable, dirigidas a la reducción de inequidades y a la afectación positiva de los determinantes sociales en salud, con el fin de aumentar el acceso y disponibilidad a una alimentación sana y contribuir con el bienestar de toda la población en los entornos donde se desarrollan las personas.

Bajo este marco, la promoción de la alimentación saludable no debe ser entendida únicamente como procesos de información, educación y comunicación, sino también la definición de políticas/planes/programas/estrategias que permitan mejorar los entornos en donde se mueven las personas, adicionalmente, para el abordaje de los determinantes sociales en salud, estas acciones no solo deben incluir al sector salud, sino debe fomentarse procesos e intervenciones intra y transectoriales.

Ahora bien, es importante reconocer que una de las intervenciones en salud pública es la **información en salud**, la cual es una acción estratégica que pretende generar un clima cultural apropiado para la promoción de salud y calidad de vida y aportar a la construcción de otras formas de comprender y cuidar la salud. Se expresa fundamentalmente en la

difusión a través de medios masivos de comunicación nacionales, departamentales, distritales, locales, comunitarios e institucionales, de mensajes relacionados con las prioridades territoriales, validados técnica y culturalmente (MSPS M. , Resolución 3280. Promoción y Mantenimiento de la Salud, 2018b).

De otra parte, la **educación para la salud**, es el proceso pedagógico (dialógico e intencionado) de construcción de conocimiento y aprendizaje que, mediante el diálogo de saberes, pretende construir o fortalecer el potencial de las personas, familias, comunidades y organizaciones para promover el cuidado de la salud, gestionar el riesgo en salud y transformar positivamente los entornos en los que se desenvuelven sus vidas. Este proceso se manifiesta en la implementación de acciones educativas, diseñadas pedagógicamente, que generan la oportunidad para que las personas mejoren sus conocimientos en relación con la salud, desarrollen habilidades personales para el cuidado de la salud (propia, de los otros y del territorio) y reflexionen sobre las acciones colectivas a implementar para aportar a la transformación de condiciones de vida que tienen efectos adversos sobre la salud.

5.3 Guías Alimentarias Basadas en Alimentos

En alimentación saludable, los países cuentan con una herramienta fundamental para los procesos de información en salud, denominadas Guías Alimentarias. En Colombia, estas guías son una importante herramienta educativa e informativa, cuyo objetivo principal es contribuir con el fomento de estilos de vida saludable, el control de las deficiencias o excesos en el consumo de alimentos, la prevención de la malnutrición y Enfermedades No Transmisibles (ENT), relacionadas con la alimentación. En ellas se definen, mensajes, icono o plato saludable de la familia colombiana y herramientas para desarrollar procesos de IEC en materia de alimentación saludable.

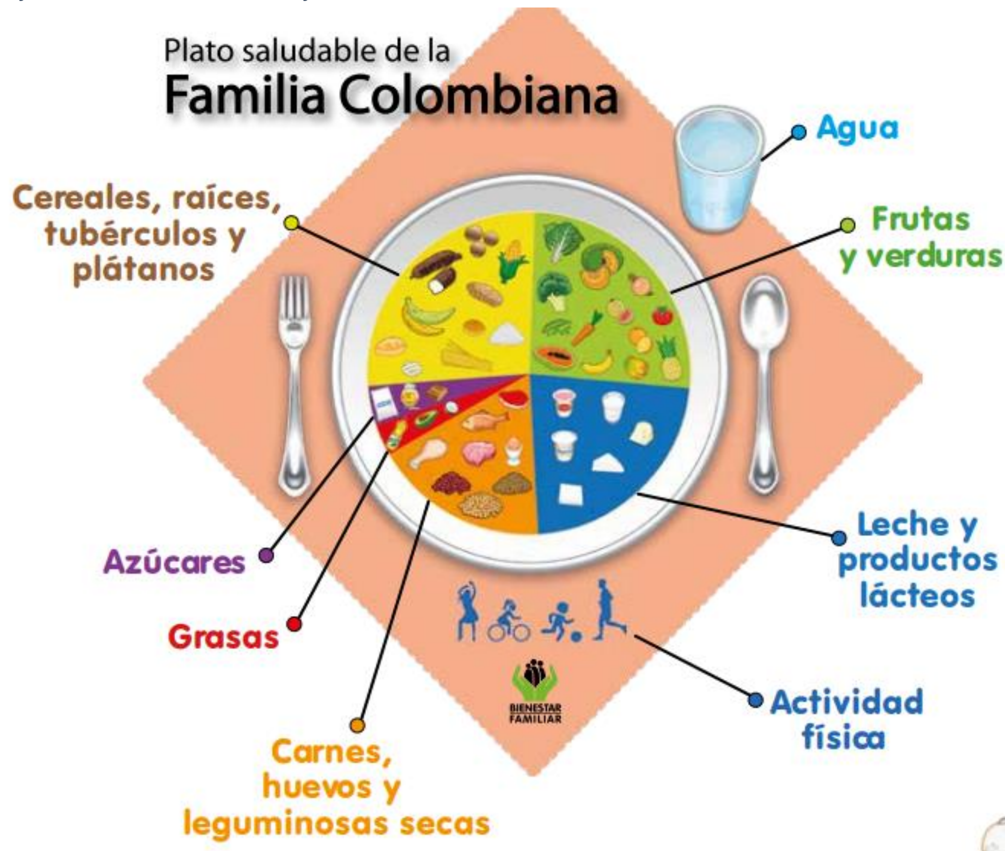
En el país, hay dos versiones:

1. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de dos años de Colombia.
2. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años de Colombia.

5.3.1 Plato saludable de la familia colombiana

El uso de una gráfica o ícono tiene como propósito ayudar al grupo objetivo a recordar fácilmente cuáles alimentos debe incluir en la dieta diaria. La gráfica debe transmitir el mensaje de variedad y proporcionalidad de esos alimentos y además ser culturalmente aceptable para la población objetivo. En Colombia, se debe promover el siguiente icono:

Gráfica 20. Plato saludable de la familia colombiana



Fuente: ICBF, 2018.

El Plato saludable de la Familia Colombiana ayuda a elegir una alimentación variada. Indica que, durante el día, se deben incluir alimentos de todos los grupos, en cantidades o porciones adecuadas. Por otra parte, los alimentos representados en el Plato saludable de la Familia Colombiana invitan a comer más alimentos frescos y menos alimentos procesados industrialmente, ya que estos pueden contener azúcares, sodio y grasa añadidos, que los hacen poco saludables. También invita a consumir los alimentos que se producen y preparan en las regiones del país y que hacen parte de su cultura alimentaria, especialmente cuando están en cosecha y se pueden obtener o comprar a mejor precio. Y Adicionalmente, y con igual importancia invita a consumir agua durante el día y a realizar actividad física (ICBF, 2018.)

5.3.2 Mensajes para la población colombiana

A partir de los problemas de salud y nutrición identificados, los determinantes de la SAN, los factores de riesgo de la población colombiana en este campo y los hallazgos de la evidencia científica, se definieron las recomendaciones técnicas de las GABA, que se tradujeron en 9 mensajes que fueron validados para que la población colombiana los entienda y los pueda implementar en su diario vivir. Para la población **mayor de 2 años** se establecieron los siguientes mensajes:

1. Consuma alimentos frescos y variados como lo indica el Plato saludable de la Familia Colombiana.
2. Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consuma diariamente leche u otro producto lácteo y huevo.
3. Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluya en cada una de las comidas frutas enteras y verduras frescas.
4. Para complementar su alimentación consuma al menos dos veces por semana leguminosas como frijol, lenteja, arveja y garbanzo.
5. Para prevenir la anemia, los niños, niñas, adolescentes y mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana.
6. Para mantener un peso saludable, reduzca el consumo de "productos de paquete", comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas.
7. Para tener una presión arterial normal, reduzca el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete, altos en sodio.
8. Cuide su corazón, consuma aguacate, maní y nueces; disminuya el consumo de aceite vegetal y margarina; evite grasas de origen animal como mantequilla y manteca
9. Por el placer de vivir saludablemente realice actividad física de forma regula.

Los siguientes 5 mensajes son dirigidos a las **gestantes**:

1. Por su salud y la de su bebé, consuma alimentos frescos, variados y naturales, como lo indica el «Plato saludable de la familia colombiana».
2. Comparta y disfrute en compañía, alimentos tradicionales y saludables.
3. Por su salud y la de su bebé, no consuma comidas rápidas, productos de paquete, gaseosas, bebidas azucaradas y energizantes.
4. Para tener un embarazo saludable, reduzca el consumo de sal y evite carnes frías, salsas, caldos en cubo y sopas de sobre.
5. Asista a los controles prenatales desde que se entere que está embarazada, esto contribuye a su buen estado de salud y el de su bebé.

A continuación, se presentan los mensajes dirigidos a las **madres en periodo de lactancia**:

1. Alimente a su bebé con leche materna, esto contribuye a recuperar su peso, prevenir el cáncer de mama y de ovario y fortalece el vínculo entre madre e hijo.
2. Aumente el consumo de agua y prefiera alimentos como carnes, vísceras rojas, pescado, lácteos, huevos, leguminosas, frutas y verduras.
3. Como mujer lactante tiene el derecho a que su pareja, familia y sociedad la apoyen para hacer de la lactancia materna una práctica exitosa.

Finalmente, se presentan los mensajes dirigidos a madres, padres y cuidadores de niños y niñas **menores de 2 años:**

1. Para que los niños y niñas crezcan sanos e inteligentes bríndeles solamente leche materna durante los primeros seis meses de vida.
2. Como trabajador de la salud promueva, proteja y apoye la lactancia materna. No regale, ni incentive el consumo de leches de tarro, en polvo o líquidas.
3. Para favorecer la salud y nutrición de los niños y niñas, ofrezca a partir de los seis meses de edad alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar y continúe amamantando hasta los 2 años o más.
4. A partir de los seis meses de edad ofrezca a los niños y niñas la diversidad de alimentos propios de su territorio.
5. Permita al bebé el contacto con los alimentos mientras come, para que experimente de forma segura sus texturas, olores y sabores.
6. No ofrezca a su niño o niña leches de tarro, compotas comerciales, cereales de caja para bebés, productos de paquete, carnes frías, comidas rápidas y bebidas azucaradas.
7. Para el desarrollo de los niños y las niñas promueva actividades que involucren el juego y el movimiento.
8. En el momento de la alimentación evite la televisión, teléfono y otras distracciones.
9. Reflexione sobre la información y publicidad de alimentos y bebidas presentada en la televisión, radio y otros medios de comunicación, no toda está orientada a favorecer su salud y nutrición, consulte las guías alimentarias basadas en alimentos.

5.3 Nutrientes de interés en salud pública

Se les conoce a los **nutrientes de interés en salud pública o nutrientes críticos**, a aquellos que consumidos de forma excesiva pueden generar enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellos se encuentran: sodio, grasas saturadas, grasas trans y azúcares libres.

Sodio

El sodio (Na+) es el catión más abundante en el espacio extracelular, se encuentra siempre en forma combinada con un número igual de aniones (cloro y bicarbonato). El sodio junto con el cloro interviene en la regulación del volumen extracelular y la osmolalidad del plasma. Para mantener el volumen y la composición corporal estables se requiere un adecuado balance entre la ingesta y la eliminación del sodio, que se hace en su mayor parte por vía renal (ICBF I. , 2009).

El 95% del sodio se encuentra en el espacio extracelular y es el principal factor determinante del volumen del líquido en el mismo, por esta razón es el principal factor para presentar hipertensión arterial; por otra parte, es importante para el mantenimiento del potencial de las membranas celulares, la osmolaridad sérica, el transporte activo de las moléculas a través de las membranas celulares; además contribuye a la conducción nerviosa y muscular.

Grasas saturadas

Los ácidos grasos son cadenas de hidrocarburos que contienen en un extremo un grupo metilo (CH3) y en el otro un grupo carboxilo (-COOH). Los ácidos grasos se diferencian por la longitud de la cadena de átomos de carbono (4 a 22) y por el grado de instauración definido por el número de dobles enlaces (-CH=CH-). Se clasifican en ácidos grasos saturados, monoinsaturados, poliinsaturados y ácidos grasos trans. En la tabla 1 se presentan los principales ácidos grasos encontrados en la dieta.

Tabla 1. Clasificación de ácidos grasos

Ácidos grasos	**Ácidos grasos específicos en la dieta**
Ácidos grasos saturados	Ácido caprílico, 8:0a Ácido caproico, 10:0 Ácido láurico, 12:0 Ácido palmitoleico, 16:1n-7 Ácido mirístico, 14:0 Ácido palmítico, 16:0 Ácido esteárico, 18:0
Ácidos grasos monoinsaturados cis	Ácido miristoleico, 14:1n-7 Ácido oleico, 18:1n-9 (constituye el 92% de los ácidos grasos dietéticos monoinsaturados) Ácido vaccénico cis, 18:1n-7 Ácido eicosenoico, 20:1n-9 Ácido erúcico, 22:1n-9
Ácidos grasos poliinsaturados cis Ácidos grasos poliinsaturados omega 6 ó n-6	Ácido linoleico ,18:2 Ácido g-linoleico, 18:3 Ácido dihomo-g-linoleico, 20:3 Ácido araquidónico, 20:4 Ácido adrénico, 22:4 Ácido docosapentaenoico, 22:5
Ácidos grasos poliinsaturados omega 3 ó n-3	Ácido α-linolénico ,18:3 Ácido eicosapentaenoico, 20:5 Ácido docosapentaenoico, 22:5 Ácido docosahexaenoico, 22:6
Ácidos grasos trans	Ácido elaídico trans-9, 18:1 Ácido trans-9, 16:1 Ácido ruménico cis-9,trans-11, 18:2 Ácido trans-9, cis-12, 18:2 Ácido cis-9, trans-12, 18:2

Fuente: (ICBF I. , 2009)

Por definición la grasa saturada o ácidos grasos saturados, son aquellos que no presentan dobles enlaces en su cadena hidrocarbonada.

Los ácidos grasos saturados se absorben en el intestino delgado casi completamente cuando se absorben con grasas que contienen cantidades apreciables de ácidos grasos insaturados. En general, cuanto más larga la longitud de la cadena del ácido graso, menor es la eficiencia de la absorción. El ácido graso esteárico sin oxidar (9-14%) es desaturado rápidamente y convertido en oleico; así, el ácido graso esteárico dietético tiene efectos metabólicos muy cercanos a los del ácido oleico. Una característica única de los ácidos grasos saturados es que suprimen la expresión de los receptores LDL y así contribuyen a elevar los niveles del LDL colesterol. Los ácidos grasos saturados también tienden a aumentar la HDL colesterol.

Grasas Trans

Las grasas transisómera o trans o ácidos grasos trans, son todos los isómeros geométricos de ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados que poseen, en la configuración trans, uno o más dobles enlaces carbono-carbono no conjugados (MSPS M. , 2011).

Los ácidos grasos trans, como los demás ácidos grasos, se absorben en cerca de un 95%. Se transportan similarmente a los demás ácidos grasos dietéticos y se distribuyen dentro de las fracciones: éster de colesterol, triglicéridos y fosfolípidos de la lipoproteína. Los datos disponibles en humanos y en animales indican que el contenido de estos ácidos en los tejidos (excepto el cerebro) refleja el contenido de la dieta, sin acumulación selectiva. Los ácidos grasos trans se catabolizan completamente a dióxido de carbono y agua.

Azúcares

Son los carbohidratos tipo monosacáridos y disacáridos presentes naturalmente en los alimentos o adicionados al mismo (MSPS M. , 2011). Dentro de ellos se encuentran los azúcares libres y azúcares intrínsecos.

Azúcares intrínsecos: son los que se encuentran presentes en las células de las paredes de las plantas principalmente en frutas (fructosa) o como la lactosa en la leche (MSPS M. , Resolución 3803, 2016).

Azúcares libres: los azúcares libres incluyen los monosacáridos y los disacáridos añadidos intencionalmente a los alimentos y las bebidas por el fabricante, el cocinero o el consumidor (sacarosa, jarabe de maíz alto en fructosa, jarabe de malta, miel y melaza) más los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes, los jugos de frutas y los concentrados de jugos de frutas (MSPS M. , Resolución 3803, 2016).

Azúcares añadidos: son los azúcares adicionados o agregados, incluyendo a los azúcares que se adicionan durante el procesamiento de alimentos o se empaquetan como tales, e incluyen azúcares como monosacáridos y disacáridos, azúcares de

jarabes y los naturalmente presente en la miel y en los concentrados de jugos de frutas o vegetales.

Entre las funciones de los carbohidratos se encuentran:

- Fuente energética principal.
- Estructura (como la celulosa en las plantas y la quitina en el exoesqueleto de los insectos).
- Precursores de biomoléculas complejas, como los ribonucleótidos del ácido ribonucleico (como la ribosa) y los desoxirribonucleótidos (la desoxirribosa).
- Almacén de energía, en forma de almidón en los vegetales y de glucógeno en los animales. (Sergio Sánchez Enríquez, 2014).

5.4 Fuentes dietarías

Las fuentes dietarias son aquellas que por su cantidad y su porción consumidas, se considera que proporcionan una alta cantidad de un nutriente en específico .

Sodio

El sodio se encuentra en los alimentos en forma de cloruro de sodio (NaCl); sin embargo, la principal fuente dietética de sodio se encuentra en los aditivos que tienen los alimentos procesados y la sal de mesa que se adiciona en la preparación de los alimentos. A continuación, se presenta una tabla con los contenidos de sodio en las principales fuentes dietarias:

Tabla 2. Fuentes dietarias de sodio en alimentos procesados

Alimento	Contenido de sodio en mg /100 g	Porción	Contenido de sodio en 1 porción
Sal	38.758	0.5 g (1 pizca)	193
Cubo de caldo de pollo deshidratado	26.000	2.5 g (1/4 de cubo)	650
Sazonador mixto	17.000	1 g	170
Salsa de pescado	7.850	2.5 g	196
Salsa de soya	6.800	5 g	340
Crema de verduras deshidratada	4.200	20 g	840
Salsa teriyaki	3.200	5 g	160
Salsa picante	2.900	5 g	145
Salsa napolitana	2.400	10 g	240
Pasabocas tipo chicharron	2.200	40 g	880
Encurtidos	1.200	30 g	360
Pasabocas de harina de trigo	1.100	40 g	440
Perro caliente	976	150 g	1.464
Pizza	967	150 g	1.450
Embutidos: salchichas, jamón, chorizo	900	50 g	450

Pollo frito empanizado de restaurante	884	80 g	707
Galletas tipo cracker	800	24 g	192
Snacks de maíz extruidos	780	40 g	312
Sandwich	773	90 g	695
Margarina	750	10 g	75
Snacks mixtos: papas, plátanos, chicharrón.	710	40 g	284
Quesos frescos	610	30 g	183
Pan tajado envasado	560	22 g	123
Cereal para el desayuno	530	35 g	185

Fuente: Elaboración propia, con base en la tabla de composición de alimentos de Colombia (2018) y tabla de composición de alimentos de USDA (Fecha de consulta: marzo de 2021).

De la anterior tabla, se puede concluir que las fuentes dietarias de sodio se concentran en: salsas, sazonadores, caldos deshidratados, embutidos, snacks, comidas rápidas, quesos frescos, galletas, panadería envasada y cereales para el desayuno. Ahora bien, al comparar los anteriores contenidos tan altos (530 – 38.000 mg) con los contenidos de sodio en los alimentos naturales, se puede observar que existe una gran diferencia, a continuación, se muestran algunos ejemplos:

Tabla 3. Contenidos de sodio en alimentos naturales

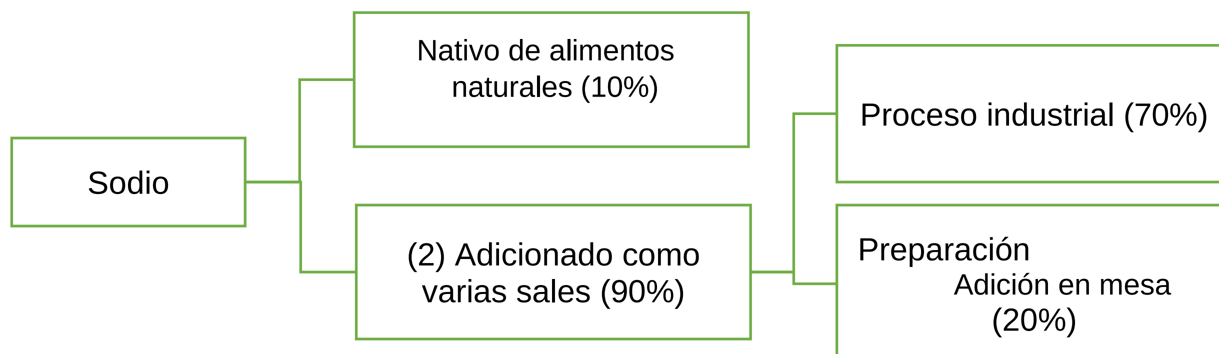
Alimento	**Contenido de sodio en mg /100 g**	**Porción**	**Contenido de sodio en 1 porción**
Huevo de gallina cocido	143	50 g	72
Muslo de pollo	79	60 g	47.4
Trucha cruda	52	70 g	36.4
Papa sabanera, cocida	45	80 g	36
Lomo de cerdo cocido	34	60 g	20.4
Arroz blanco crudo	17.9	35 g	6.3
Avena en hojuelas	9	24 g	2.2
Lechuga común	6	30 g	1.8
Fresa madura	4	160 g	6.4
Granadilla	0	109 g	0

Fuente: Elaboración propia, con base en la tabla de composición de alimentos de Colombia (2018) y tabla de composición de alimentos de USDA (Fecha de consulta: marzo de 2021).

Como se pudo observar, los contenidos no superan los 143 mg /100 g de alimentos, son contenidos muy bajos (incluso llegan a 0), en comparación con los alimentos procesados, por esta razón la recomendación es consumir alimentos naturales y frescos y con una mínima cantidad de sal o sazonadores.

Teniendo en cuenta las anteriores diferencias, entre los contenidos de sodio de alimentos procesados con los alimentos naturales, la CDC afirma que la mayor fuente dietaria de sodio se encuentra en los alimentos procesados (70%), seguida de las preparaciones (20%), tal como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica 21. Fuentes dietarías de sodio



Fuente: Elaboración propia, con base en la tabla de composición de alimentos de Colombia (2018) y tabla de composición de alimentos de USDA (Fecha de consulta: marzo de 2021).

En tal sentido, las acciones para reducir el consumo de sodio en la población deben enfocarse en los alimentos procesados y en las preparaciones en las cuales se adiciona sal o sazonadores industrializados.

Grasas saturadas

La ingesta de grasa dietética proviene principalmente de los triglicéridos y se deriva tanto de productos de origen animal como de origen vegetal.

En general la grasa animal tiene un alto punto de fusión y es sólida a temperatura ambiente, lo que refleja su alto contenido de ácidos grasos saturados. Los aceites vegetales tienen un punto de fusión bajo y son líquidos a temperatura ambiente por su alto contenido de ácidos grasos insaturados. Se exceptúan algunos aceites tropicales como el de coco y el de la semilla de palma que tienen un alto contenido de ácidos grasos saturados. A continuación, se presenta una tabla con las principales fuentes dietarias de grasas saturadas:

Tabla 4. Fuentes dietarias de grasas saturadas

Alimento	**Contenido de grasa saturada en g /100 g**	**Porción**	**Contenido de grasa saturada en 1 porción**
Aceite de palma hidrogenado	93.7	10 g	9.3
Aceite de coco	82.5	10 g	8.2
Aceite de palma no hidrogenada	71.4	10 g	7.1
Grasa shortening	65.5	15 g	9.8
Manteca de cacao	59.7	10 g	5.9
Aceite vegetal, mezcla	50.0	10 g	5
Mantequilla	50.0	10 g	5
Margarina de mesa	50.0	10 g	5
Manteca de cerdo	39.2	10 g	3.9
Palomitas de maíz, cine	28.9	30 g	8.7
Dulces de coco	25.5	10 g	2.5

Chocolate oscuro	24.5	30 g	7.3
Barra de cereal con coco y chocolate	22.7	30 g	6.8
Chocolatina	20.8	15 g	3.1
Queso crema	20.2	30 g	6.1
Crema para el café	19.4	5 g	1
Helado	17.9	170 g	30.4
Embutidos	17.7	50 g	8.8
Galletas rellenas	17.2	30 g	5.6
Quesos frescos	16.8	30 g	5
Snacks: papas fritas, platanos, chicharron	16.7	40 g	6.7
Nueces	16.1	30 g	4.8
Postres (tiramisú)	14.8	120 g	17.7
Carne de cerdo gorda	13.7	60 g	8.2
Brownie	13.2	40 g	5.3
Galleta cracker	11.6	24 g	2.8
Aceite de girasol	10.3	40 g	4.1

Fuente: Elaboración propia, con base en la tabla de composición de alimentos de Colombia (2018) y tabla de composición de alimentos de USDA (Fecha de consulta: marzo de 2021).

De acuerdo con la anterior tabla, las principales fuentes de grasas saturadas se encuentran en mantecas, aceites, margarinas, mantequillas, chocolates, helados, productos de pastelería, embutidos, galletas, snacks y quesos.

Grasas trans

Los ácidos grasos trans tienen propiedades físicas que por lo general los asemejan a los ácidos grasos saturados; su presencia en los alimentos tiende a endurecer las grasas, se encuentran en forma natural en las carnes y los lácteos y adicionados como grasas parcialmente hidrogenadas (shortening) en los procesos de fabricación de los productos alimenticios, y aparecen en el aceite, posterior al proceso de fritura, a continuación, se presentan contenidos de grasas trans en alimentos fuente:

Tabla 5. Fuentes dietarias de grasas trans

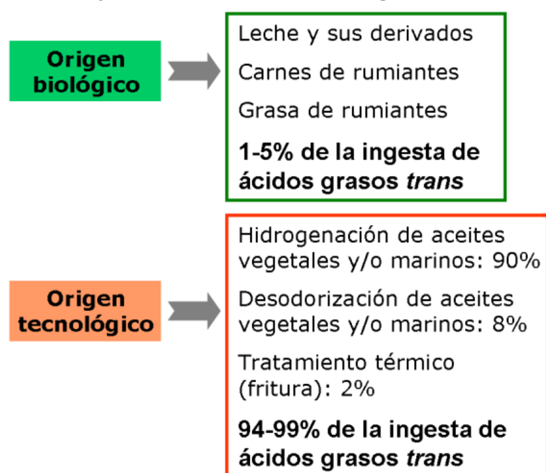
Alimento	**Contenido de grasa trans en g /100 g**	**Porción**	**Contenido de grasa trans en 1 porción**
Shortening – grasas parcialmente hidrogenadas	42.8	15 g	6.4
Margarina industrial para pasteles	27.7	10 g	2.7
Galletas rellenas	3.9	30 g	1.2
Bizcochos	3.4	40 g	1.4
Muffin	2.7	40 g	1.1
Pastel	2.4	60 g	1.4
Carne de res	2.0	80 g	1.6
Aceite vegetal	1.9	10 g	0.2
Margarina de mesa	1.8	10 g	0.2

Pan francés	1.6	40 g	0.6
Brownie	1.5	40 g	0.6
Queso	1.1	30 g	0.3
Chocolatina	1.0	15 g	0.2
Helado	1.0	170 g	1.7
Pan de molde	0.9	50 g	4.5
Aceite de girasol	0.3	10 g	0.03
Snacks: papas fritas, plátanos, chicharrón.	0.3	40 g	0.1

Fuente: Elaboración propia, con base en la tabla de composición de alimentos de Colombia (2018) y tabla de composición de alimentos de USDA (Fecha de consulta: marzo de 2021).

De la anterior tabla, se puede deducir que la mayor fuente de grasas trans son los shortenings o grasas parcialmente hidrogenadas como parte de los ingredientes, ya que éstos por sus costos o características tecnológicas (resistencia a la temperatura, palatabilidad, baja rancidez), han sido de gran utilidad para la industria de alimentos (Aro, et al., 1998), seguida de los productos de pastelería y galletería, aceites vegetales, helados, chocolates y panadería. La gráfica 22, resume las fuentes dietarias de AGT, de origen natural e industrial.

Gráfica 22. Fuentes dietarias de grasas trans



Fuente. Adaptado de Valenzuela A (2008). Ácidos grasos con isomería trans, su origen y los efectos en salud humana. Rev. chil. nutr. v.35 n.3 Santiago sep.

Azúcares añadidos

Estos azúcares se emplean como endulzantes en bebidas a base de frutas, cereales para el desayuno, gaseosas, bebidas hidratantes, dulces, productos de panadería y pastelería, entre otros. A continuación, se presentan los contenidos de azúcares añadidos en las principales fuentes dietarias:

Tabla 6. Fuentes dietarias de azúcares

Alimento	Contenido de azúcares en g /100 g	Porción	Contenido de grasa saturada en 1 porción
Azúcar granulada	99.8	5 g	4.9

Caramelos duros	98	15 g	14.7
Chupetas	98	20 g	19.6
Mezcla en polvo para preparar bebida	97.1	10 g	9.7
Goma de mascar	96.7	3 g	2.9
Gomas	94.4	15 g	14.1
Mezcla en polvo para preparar gelatina	88.8	10 g	8.8
Miel	86.1	10 g	8.6
Masmelos	76	30 g	22.8
Almendras recubiertas con dulce	72.7	30 g	21.7
Palomitas de maíz recubiertas de caramelo	68.7	30 g	20.6
Chocolate de mesa	68	25 g	17
Chocolates rellenos	65	30 g	19.5
Bocadillo veleño	57	30 g	17.1
Leche condensada	54	15 g	8.1
Mermelada	53.3	15 g	8
Arequipe	49.5	30 g	14.9
Cereal para el desayuno	46.7	35 g	16.3
Ponqué	45	50 g	23
Galletas rellenas	40.5	30 g	13.5
Helado	29.4	170 g	50
Donas	24.4	55 g	13.4
Barra de cereal	21.7	30 g	6.5
Bebida láctea con dulce	14.0	200 mL	28
Compota	11.5	240 mL	27.6
Gaseosa	10.8	240 mL	25.9
Refresco de fruta	10.4	240 mL	24.9

De lo anterior, se puede deducir que las fuentes dietarias de azúcares añadidos se concentran en: dulces, gomas, chocolates, helados, ponqués, cereal para el desayuno, galletas, gaseosas y refrescos.

Gráfica 23. Resumen de fuentes dietarias de nutrientes críticos



Fuente: Elaboración propia, con base en la tabla de composición de alimentos de Colombia (2018) y tabla de composición de alimentos de USDA (Fecha de consulta: marzo de 2021).

5.5 Efectos en salud de una alimentación poco saludable

Las muertes asociadas a la dieta se dan a partir del consumo por exceso o déficit de ciertos nutrientes. En el 2017, más de la mitad de las muertes fueron atribuibles a un alto consumo de sodio (3 millones de muertes) con mayor riesgo en los países de ingresos medio-alto y medio; otra causa fue un bajo consumo de granos enteros (3 millones de muertes), y un bajo consumo de frutas (2 millones de muertes). Es por eso que una mejora de la dieta podría prevenir una de cada cinco muertes en todo el mundo (The Lancet, GBD 2017 Diet Collaborators, 2019). Adicionalmente, es importante mencionar que las ENT son de alto costo, por ejemplo, el costo promedio en servicios médicos ocasionado por un evento cardiovascular representa cerca de 12,.8 millones de pesos (per cápita) (MSPS, Lineamientos técnicos y operativos para el análisis de la situación de las Enfermedades No Transmisibles en Colombia, 2013); recursos económicos que se podrían invertir en otros aspectos fundamentales para el desarrollo del país.

El consumo de productos comestibles ultraprocesados está relacionado con el aumento de peso. En estudios realizados en Estados Unidos, se encontró esta relación, las personas que estuvieron expuestas por dos semanas al patrón de dieta ultraprocesada consumían, en promedio, 500 kilocalorías más al día y ganaron 0,9 kilos de peso, en comparación con el control. Por el contrario, durante la exposición por el mismo tiempo a una alimentación con base en alimentos naturales y frescos, los participantes perdieron en promedio 0,9 kilos (Hall KD, 2019). Adicional al efecto en el aumento de peso, el consumo habitual de este tipo de productos se ha relacionado con aumento de riesgo de presentar hipertensión, en

España se relacionó en un estudio con 14790 participante, en los cuales se encontró que los participantes en el tercil más alto de consumo de ultraprocesados tenían un mayor riesgo de desarrollar hipertensión (HR ajustado, 1.21; IC del 95%, 1.06, 1.37; P para la tendencia = 0.004) que aquellos en el tercil más bajo (Mendonça RD, 2017).

En Francia, en un estudio prospectivo observacional, un mayor consumo de alimentos ultraprocesados se asoció con mayores riesgos de enfermedades cardiovasculares, coronarias y cerebrovasculares. Durante una mediana de seguimiento de 5,2 años, la ingesta de alimentos ultraprocesados se asoció con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular general (1409 casos; índice de riesgo para un incremento absoluto de 10 en el porcentaje de alimentos ultraprocesados en la dieta 1,12), riesgo de enfermedad coronaria (665 casos; cociente de riesgo 1,13 (1,02 a 1,24); y riesgo de enfermedad cerebrovascular (829 casos; cociente de riesgo 1,11 (1,01 a 1,21) (Srour Bernard, 2019). Existe evidencia suficiente frente a los efectos negativos del consumo habitual de comestibles ultraprocesados relacionados con obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles (Monteiro CA, 2011) (Tavares LF, 2012) (Bielemann RM, 2015) (Moubarac J-C, 2013).

Estos efectos tienen relación con que estos productos tienen un elevado contenido en azúcares libres, grasa total, grasas saturadas y sodio, y un bajo contenido en proteína, fibra alimentaria, minerales y vitaminas, en comparación con los productos, platos y comidas sin procesar o mínimamente procesados, así como con los ingredientes culinarios y alimentos procesados (Louzada ML, 2015) (Martinez Steele E, 2016) (Rauber F, 2015). Los productos ultraprocesados en general sacian menos y son más hiperglucémicos en comparación con los productos mínimamente procesados, y a menudo están concebidos para inducir a un consumo excesivo (A, 2016).

Existe evidencia científica suficiente que asocia el consumo excesivo de sodio, azúcares añadidos y grasas saturadas con el desarrollo de enfermedades no transmisibles. El consumo excesivo de azúcares añadidos se asocia al aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares (Rippe J, Relationship between Added Sugars Consumption and Chronic Disease Risk Factors: Current Understanding., 2016), diabetes (OMS, : Ingesta de azúcares para adultos y niños, 2015) y enfermedad hepática grasa no alcohólica (Vos M, 2017), así como al deterioro cognitivo e incluso algunos tipos de cáncer (Stanhope, 2016). Los azúcares añadidos se han asociado con el desarrollo de estas enfermedades independientemente del aumento de peso corporal o de la ingesta total de energía (Rippe J, Relationship between Added Sugars Consumption and Chronic Disease Risk FActors, 2016). Los azúcares, en particular de las bebidas azucaradas, no sólo incrementan la ingesta total de energía, sino que también pueden reducir la ingesta de alimentos nutricionalmente más adecuados, ocasionando una dieta poco saludable, aumento de peso y mayor riesgo de enfermedades no transmisibles (Hur Y-I, 2016).

De igual manera, el consumo elevado de sodio (más de 2 gramos/día, equivalente a 5 gramos de sal por día) y se relacionan directamente con la hipertensión arterial y aumentan

el riesgo de cardiopatía y accidente cerebrovascular (OMS, Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk., 2007). Así las cosas, con pequeñas reducciones en la ingesta de sodio en la dieta se han asociado con disminuciones significativas de la presión arterial y una reducción de los eventos cardiovasculares (He FJ, 2002) . El consumo excesivo de sodio tiene efectos patológicos en la función de la célula endotelial que afectan el sistema vascular, lo que explica también su relación con las enfermedades cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares (Choi HY, 2015).

El perfil de ácidos grasos de la dieta puede proteger la salud o producir enfermedad: grasas más insaturadas resultan menos perjudiciales (FAO, Grasas y ácidos grasos en nutrición humana. Consulta de expertos., 2012). El consumo elevado de grasas saturadas se ha asociado con el desarrollo de un perfil lipídico aterogénico, el aumento de los eventos coronarios y el aumento del colesterol en las lipoproteínas de baja densidad, asociadas con el aumento del riesgo de enfermedad (Eckel RH, 2013). Las grasas saturadas también se han vinculado con el desarrollo de síndrome metabólico y diabetes (Alhazmi A, 2014). Con base en la anterior se enfatiza en la importancia de establecer estrategias para reducir estos nutrientes de interés en salud pública.

Un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud sobre el consumo de productos alimenticios procesados y ultraprocesados con excesivo contenido de nutrientes críticos relacionados con las enfermedades crónicas en nueve países de las Américas, incluyendo Colombia (con datos de la ENSIN 2015). Muestra que aquellos individuos que consumieron cualquier cantidad de estos productos presentaron entre dos a cuatro veces mayor probabilidad de presentar una dieta con contenido excesivo de estos nutrientes críticos relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles. Además, los análisis han revelado que hay un efecto dosis-respuesta directo y significativo entre el consumo en gramos de productos alimentarios ultraprocesados y procesados con un contenido excesivo de nutrientes críticos según el MPN de la OPS y el excedente entre la ingesta de azúcares, sodio, grasas totales, saturadas y trans en la alimentación de las poblaciones del conjunto de países analizados y las metas establecidas por la OMS (OPS, 2022)

Marco estratégico de referencia

Con base en la situación alimentaria y nutricional del país, teniendo como base el aumento progresivo del exceso de peso en todas las regiones del país, el aumento en el consumo de productos comestibles procesados y ultraprocesados, así como la disminución de la práctica de la lactancia materna exclusiva, el bajo consumo de frutas y verduras y las altas prevalencias de deficiencias de micronutrientes y teniendo en cuenta el marco normativo y estratégico planteado en el cual se han estipulado diferentes compromisos para el establecimiento de acciones, este documento plantea los siguientes elementos dentro del marco de referencia: visión, objetivos y líneas de acción.

Visión:

Este documento se plantea como un marco de acción que pretende promover el consumo de una alimentación saludable para la población colombiana, con enfoque intersectorial, afectando los determinantes sociales propiciando entornos favorables para la salud.

6 Objetivos

6.1 Objetivo general

Proporcionar bases, conceptos, herramientas técnicas y metodológicas a los diferentes actores del sistema SSGS, para promover una alimentación saludable, a fin de contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de la población colombiana.

6.2 Objetivos específicos

- Dar a conocer la situación alimentaria y nutricional en Colombia, que justifica la necesidad de acciones propuestas para la promoción de la alimentación saludable.
- Establecer conceptos, orientaciones y herramientas técnicas que soporte el desarrollo de acciones para la promoción de la alimentación saludable en Colombia.
- Ordenar las acciones a desarrollar para el fomento de una alimentación saludable en el país colombiano.
- Desarrollar un marco metodológico para la implementación de las líneas de acción que contribuyan a la promoción de la alimentación saludable en las entidades territoriales de salud y a todos los actores del sistema de seguridad social en salud.

7 Líneas de acción

Es de resaltar que la promoción de la alimentación saludable es un marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la alimentación, mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas/planes/programas/estrategias, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales; y que teniendo en cuenta la situación alimentaria y nutricional del país, que justifica la necesidad de iniciar y/o continuar acciones efectivas que contribuyan a mitigar el exceso de peso, a aumentar las práctica de lactancia materna, a mejorar los hábitos alimentarios saludables y a propender por el acceso a una información lo suficientemente clara para tomar decisiones de consumo y así poder disminuir el consumo de nutrientes críticos que se relacionan con las enfermedades crónicas no transmisibles, por ello, para la promoción de la alimentación saludable, se establecen las siguientes 4 líneas de acción, cada línea de acción tiene sus componentes y una serie de instrumentos que se pueden usar para su implementación

(1) Atención primaria en salud,
(2) Políticas regulatorias,
(3) Medidas intersectoriales y
(4) Gestión del conocimiento,

.

7.1 Atención primaria en salud

La Ley 1438 de 2011 establece como definición: “la Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud. Constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana”.

El objetivo principal de la atención primaria de salud es garantizar el acceso equitativo a los servicios necesarios para la realización del derecho al goce del grado máximo de salud y, como tal, desempeña una función importante en la prevención de la malnutrición y de las enfermedades asociadas a ella. Es importante, recordar que durante la gestación y los primeros mil días de nacido, es primordial la atención primaria en salud, es la edad en la que debe tenerse especial cuidado y que esta atención sea integrada e integral, de otra parte en la infancia se inician y se establecen todos los hábitos alimentarios, por ello es fundamental que las acciones de promoción de alimentación saludable puedan llegar a la familia, en cualquier entorno en donde se encuentre, es así que los servicios de atención primaria de salud permiten prestar servicios de salud integrados que abarcan la promoción de la lactancia materna, promoción del consumo de alimentos naturales y reducción del consumo de nutrientes de interés.

Esta línea está compuesta por:

1. Atención en salud
2. Promoción de la lactancia materna
3. Promoción de los alimentos naturales y frescos
4. Reducción de consumo de nutrientes críticos

A continuación, se presentan los avances del país en cada componente de la línea 1 de atención primaria en salud:

Componente 1 - Atención en salud: este componente, pretende brindar herramientas para promover la alimentación saludable en el marco de la atención integral en salud, para lo cual se tienen las siguientes herramientas:

- ***Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS***, son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación de la enfermedad. En este contexto, el Ministerio expidió la Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019, la cual establece acciones de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Territoriales, las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los prestadores de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y en general, que desarrollan acciones en salud, de acuerdo a sus competencias, responsabilidades y funciones en el marco de la operación de la Política de Atención Integral en Salud, entre ellas la ***promoción de la alimentación saludable.***
- ***Ruta de atención integral para las alteraciones nutricionales:*** la ruta para la promoción y mantenimiento de la salud y las rutas integrales de atención para los grupos de riesgo priorizados para el país, fueron definidas mediante la Resolución 3202 de 2016, entre las cuales se encuentra el grupo de alteraciones nutricionales con tres eventos priorizados: desnutrición aguda moderada y severa y anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas menores de 5 años y sobrepeso y obesidad en la población en general.

  Los eventos priorizados tienen como factor de riesgo común las prácticas adoptadas por la población, relacionadas con la alimentación poco saludable[1], entendida como: lactancia materna y alimentación complementaria inadecuada, alto consumo de grasas trans, consumo excesivo de azúcares refinados y bajo consumo de frutas y verduras, entre otros. En este contexto, es importante mencionar que las alteraciones del estado nutricional generan un impacto negativo en el crecimiento, desarrollo y el estado de salud de la población, las consecuencias en el corto, mediano y largo plazo están relacionadas con afectaciones en el desarrollo físico, mental y cumplimiento de potencialidades para el rendimiento intelectual, la capacidad de trabajo, la salud reproductiva y la salud general.

- ***Pinzamiento del cordón umbilical:*** consiste en permitir el flujo de sangre placentaria al niño recién nacido hasta que el cordón deje de latir, es decir hasta que cese el paso de sangre por el cordón (2 a 3 minutos aproximadamente), o hasta que deje de latir, para luego proceder a pinzarlo y a cortarlo. Esta medida permite aumentar las reservas de hierro desde el nacimiento hasta los 6 - 8 meses de edad

[1] Término adoptado por la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. OMS 2004.

del niño, reduciendo el riesgo de anemia en los primeros meses de vida. Es una práctica altamente costo-efectiva. Se acompaña de lactancia materna inmediata y exclusiva.

- ***Desparasitación:*** consiste en la administración masiva de antihelmínticos con una regularidad establecida, utilizada en poblaciones en riesgo de transmisión de geohelmintiasis, con personas que cumplan con criterios de inclusión (población elegible). Esta intervención deberá estar acompañada de acciones educativas, estrategias de movilización social para garantizar adherencia y sostenibilidad, y de acciones intersectoriales que disminuyan el riesgo de exposición y por consiguiente de transmisión de las geohelmintiasis (acciones sobre los determinantes sociales de la salud, incluido el acceso al agua segura). En Colombia según la Resolución 279 de 2019, la desparasitación debe hacerse a partir del año de edad, dos veces al año, junto con la suplementación, hasta los 5 años de edad en la atención en salud por medicina general, pediatría y enfermería en la primera infancia.

- ***Suplementación:*** la suplementación es el mejoramiento de la ingesta de nutrientes a través de formas farmacéuticas por vía oral o parenteral. Principalmente se realiza suplementación de Hierro, Vitamina A, Zinc, Ácido Fólico, Calcio, o cualquier otra vitamina o mineral que sea deficiente en la población; siendo esta es una medida que logra impacto en corto plazo y permite la atención en forma individual a la población definida para intervención. En Colombia según la Resolución 279 de 2019, la suplementación debe hacerse a partir de los 2 años de edad, dos veces al año, hasta los 5 años de edad en la atención en salud por medicina general, pediatría y enfermería en la primera infancia. Para las mujeres en preconcepción se recomienda la suplementación con ácido fólico, tres meses antes de la concepción y durante la gestación con ácido fólico, hierro y calcio, este procedimiento se encuentra en la atención para el cuidado prenatal de la Resolución 3280 de 2018.

- ***Fortificación casera con micronutrientes en polvo:*** acción dirigida a los niños y niñas de 6 a 24 meses, tiene como objetivo prevenir y tratar la anemia y otras deficiencias de micronutrientes. Consiste en agregar a los alimentos sólidos o semisólidos tales como: puré de frutas, papa o verduras, arroz, pasta, carne, frijoles preparados en casa, a manera de complemento, vitaminas y minerales, contenidos en un sobre individual de 1 gramo en forma de polvo. Este procedimiento se encuentra en la atención en salud por medicina general, pediatría y enfermería en la primera infancia de la Resolución 3280 de 2018.

Componente 2 – Promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria: este componente, pretende brindar herramientas para promover la lactancia materna y la alimentación complementaria en el marco de la atención integral en salud, para lo cual se tienen las siguientes herramientas:

- **Resolución 2423 de 2018 por la cual se expiden los lineamientos técnicos para las Salas Amigas de la Familia Lactante.** Tiene como objetivo promover la lactancia materna en el entorno laboral y apoyar a las madres trabajadoras en periodo de lactancia, para que cuenten con un espacio adecuado y digno para extraer y conservar la leche materna y posteriormente ofrecerla a su hijo en el hogar.

- **Estrategia Bancos de leche humana:** tiene el propósito de promover, fomentar y apoyar la lactancia materna como práctica fundamental para la salud de los niños y las familias colombianas, así mismo, garantizar la salud de niños y niñas prematuros a través del beneficio de leche humana pasteurizada en el ámbito institucional como la mejor opción de atención y manejo en los niños prematuros, de bajo peso al nacer o con otras condiciones que la requieran. Hace parte del Plan Decenal de Lactancia Materna para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y a la fecha el país cuenta con 15 Bancos de leche humana, de los cuales 13 se encuentran procesando leche humana y 2 en etapa de alistamiento.

- **Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia – IAMI.** La Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia Integral, IAMII es una estrategia de gestión para la atención integral de la población materna e infantil en las instituciones de salud. En el año 2018 se realizó el primer mapeo por entidades territoriales que estaban implementando la estrategia IAMI en el país. En el 2020, se registran 597 IPS del país implementando la estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia, incrementándose en 72 instituciones en comparación con el censo 2018 (525 IPS). De igual manera se evidencia el crecimiento del número de IPS certificadas en la estrategia pasando de 111 en el censo 2018 a 179 en el censo actual, lo cual significa que se certificaron 68 IPS más en el país. Las entidades territoriales con mayor número de IPS implementando la estrategia son: Bogotá, Santander, Boyacá, Cundinamarca, Antioquia, Valle del Cauca, Riohacha, Cartagena, Nariño y Tolima. Sin embargo y a pesar del aumento presentado, aún hay entidades que no están implementando la estrategia como son: Guainía, Buenaventura y Risaralda.

- **Lineamiento para formación en Consejería en Lactancia materna y Alimentación Complementaria.** La consejería en lactancia materna y alimentación complementaria se define como un proceso e interacción entre consejeros y mujeres, cuyo objetivo es empoderar a las mujeres para el amamantamiento y la alimentación de sus hijos, respetando sus deseos y situaciones personales, la estrategia aumenta la práctica de lactancia materna exclusiva entre 0 y 6 meses incluso hasta en un 90% de esta población. Los lineamientos tienen como objetivo establecer las orientaciones conceptuales, técnicas y operativas de la formación en Consejería en lactancia materna y alimentación complementaria, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud, definidas en la resolución 3280 de 2018.

- **Atención en salud para valoración, promoción y apoyo en la lactancia materna.** Las acciones para el fortalecimiento de la práctica de la lactancia materna y del adecuado inicio de la alimentación complementaria, se encuentra en la Resolución 3280 de 2018, por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación, la cual aborda: Atención para la promoción de la alimentación y nutrición dirigida a las gestantes, curso de preparación para la maternidad y la paternidad, atención del puerperio inmediato, información de la lactancia materna durante el puerperio inmediato, atención para el recién nacido, control ambulatorio del recién nacido y canalización a realización de visita domiciliaria para los casos indicados.

Componente 3 – Promoción del consumo de alimentos naturales y frescos: este componente, pretende brindar herramientas para promover el consumo de alimentos naturales y frescos en el marco de la atención integral en salud, teniendo en cuenta que el consumo de alimentos naturales y frescos es la base para cumplir con una alimentación completa, adecuada, suficiente y diversificada, tal como lo plantea las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos con los 6 grupos de alimentos, los cuales proveen todos los nutrientes necesarios para llegar a un estado óptimo de salud y prevenir cualquier deficiencia o riesgo por exceso. Cabe destacar que el consumo de estos alimentos en la proporción del plato saludable de la familia colombiana, así como en las porciones indicadas es la base para aplicar los principios de una alimentación saludable, para lo cual se tienen las siguientes herramientas:

- ***Promoción de consumo de frutas y verduras*:** Este Ministerio ha desarrollado diferentes acciones articuladas con otros sectores, entre ellas: concurso abierto para generar procesos creativos que pudieran ser aplicados a la implementación de puntos de distribución de frutas y verduras, de esta experiencia se premiaron 6 propuestas aplicables en los entornos y de las cuales se escogió la propuesta ganadora para el entorno laboral: la maquina dispensadora de frutas y verduras, Manuales y ABCs para la implementación de estos puntos, inclusión de este tema en los planes territoriales de salud de los diferentes territorios del país, finalmente se desarrolló un documento técnico de promoción de consumo de frutas y verduras el cual se definen las líneas de acción, responsables para promover el consumo de estos alimentos naturales y frescos.

- ***Estrategia de IEC en SAN:*** cuyo propósito es mejorar la calidad de vida de las personas contribuyendo a la reducción de los riesgos, enfermedades y muerte en situaciones relacionadas con la alimentación y nutrición. Esto a través de la articulación con los diferentes sectores y entornos donde se desarrolla la vida cotidiana de colombianos y colombianas. Las temáticas priorizadas para la construcción de los programas de implementación de la Estrategia IEC (ver Tabla 7) es fruto del ejercicio de participación que se realizó en diferentes regiones del

país. Este documento se constituye por tanto en una guía para la acción, que debe ser adaptada y fortalecida a partir de las realidades territoriales, sociales, culturales y económicas de los diferentes grupos interactivos. Los programas de implementación aquí propuestos son una guía para la elaboración de estrategias IEC en SAN y se constituyen en un punto de partida para enriquecer, mejorar y crear nuevas estrategias adaptadas a los territorios, generando procesos integrados (MSPS F. , 2017) .

Tabla 7. Situaciones deseadas para cambio de comportamiento en alimentación saludable

Núcleo temático	Situaciones deseadas
Alimentación saludable	Disminuir el consumo de grasas trans
	Disminuir el consumo de azúcares añadidos
	Reducir el consumo de sal/sodio
	Aumentar el consumo de alimentos naturales y frescos
Calidad de la alimentación	Aumentar el consumo de alimentos fortificados
	Alimentación complementaria adecuada
	Prevención de la anemia

Fuente: (MSPS F. , 2017)

En este documento se encuentran los mensajes, herramientas pedagógicas, indicadores por cada entorno y grupo poblacional al que va dirigido. Adicionalmente, se puede consultar el manual del facilitador, en el cual se encuentran el paso a paso a seguir para desarrollar esta estrategia y algunos ejemplos de implementación:

- ✓ Talleres de cocina que implementen nuevas formas de preparación de alimentos para disminuir el consumo excesivo de sal / sodio.
- ✓ Elaboración de listas de mercado para incluir alimentos que permitan disminuir el consumo de grasas trans.
- ✓ Fortalecimiento de redes de propietarios de tiendas para disminuir el expendio de alimentos fuentes de sal/ sodio.
- ✓ Elaboración de un calendario de cosechas para promover el consumo de alimentos naturales y frescos.
- ✓ Creación del «Día de más agua y jugos de frutas y menos bebidas azucaradas»
- ✓ Realización de talleres de capacitación a adolescentes gestantes y lactantes que asisten a instituciones educativas sobre alimentación complementaria. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/implementacion-estrategia-informacion-seguridad-alimentaria.pdf https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/manual-facilitador-estrategia-informacion-seguridad-alimentaria.pdf

- ***Abecé de alimentación saludable:*** este documento comprende la definición de alimentación saludable, 10 prácticas para el consumidor y los 9 mensajes de las guías alimentarias basadas en alimentos. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abc-alimentacion-saludable.pdf

- ***Abecé para la promoción de frutas y verduras:*** este documento comprende la definición de promoción de consumo de frutas y verduras, beneficios, intervenciones efectivas y movilización social. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-frutas-y-verduras.pdf

- ***Abecé para la implementación de puntos de distribución de frutas y verduras:*** este documento recoge los principales pasos para la implementación de puntos de distribución de frutas y verduras, con objetivos, productos esperados y recomendaciones. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abece-implementacion-puntos-distribucion-frutas-y-verduras.pdf

Componente 4 – Promoción de la disminución del consumo de nutrientes críticos: este componente, pretende brindar herramientas para promover la disminución del consumo de nutrientes críticos en el marco de la atención integral en salud, para lo cual se tienen las siguientes herramientas:

- ***Abecé de la sal:*** este documento recoge 16 preguntas frente a la situación de consumo, cantidad recomendada , efectos en salud, qué se puede hacer para reducir el consumo, alimentos fuentes, síntomas y recomendaciones. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ABC-reduccion-consumo-sals-odio.aspx

- ***Sal en la alimentación:*** este documento recoge las principales preguntas de los consumidores frente a las diferencias entre sal y sodio, principales fuentes, recomendaciones, aditivos, efectos en salud, uso del salero, con qué reemplazar la sal y consejos útiles para la reducción del consumo de sal. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/sal-en-alimentacion.pdf

- ***Grasas trans en la alimentación:*** el documento explica las fuentes de grasas trans, contenidos en alimentos, orígenes naturales e industriales, la función de los diferentes tipos de grasas en el organismo y recomendaciones de consumo. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/grasas-trans-alimentacion.pdf

- ***Azúcar en la alimentación:*** el documento explica los diferentes tipos de azúcares y los riesgos de consumir en exceso, la relación con el aumento de peso, caries y con los alimentos "light", finalmente hace unas recomendaciones para reducir su consumo. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/azucar-en-alimentacion.pdf

- ***Manual para lectura del rotulado nutricional:*** el documento explica los conceptos de nutrientes, porción, calorías, porcentaje de valor de referencia, lectura de la tabla nutricional. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Rotulado-nutricional-alimentos-envasados.pdf

- ***Documento técnico de sodio:*** este documento explica conceptos sobre sal-sodio, diferentes tipos de sales, aspectos fisiológicos del sodio, efectos en salud, situación del consumo de sodio, recomendaciones de ingesta, regulación en el mundo y algunas iniciativas a nivel internacional. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/documento-tecnico-sal-sodio.pdf

- ***Documento técnico de azúcares añadidos:*** este documento explica conceptos sobre los diferentes tipos de azúcares y edulcorantes, aspectos fisiológicos, aplicaciones industriales, efectos en salud, situación de consumo, recomendaciones de ingesta, regulación e intervenciones en salud pública a nivel internacional. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/documento-tecnico-azucares-adicionados.pdf

- ***Documento técnico grasas:*** este documento explica conceptos sobre los diferentes tipos de grasas, aspectos fisiológicos, aplicaciones industriales, efectos en salud, situación de consumo, recomendaciones de ingesta, regulación e intervenciones en salud pública a nivel internacional. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Documento-grasas-aceites-combustibles.pdf

- ***Módulo educativo sodio – Capacitación Equipos Básicos de Salud:*** este documento contiene conocimientos básicos sobre el sodio que incluyen sus funciones en el organismo, fuentes alimentarias, efectos en salud del excesivo consumo, ingesta recomendada, iniciativas en salud pública para reducir su consumo y mensajes claves dirigidos a la población, haciendo parte de la iniciativa corazones globales para el manejo de la enfermedad cardiovascular. Link de consulta:

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modulo-sodio.pdf

- ***Módulo educativo grasas – capacitación equipos básicos de Salud:*** este documento contiene conocimientos básicos sobre las grasas, incluyendo su importancia, funciones que desempeñan en el organismo, fuentes alimentarias, efectos en salud dependiendo del tipo de grasa consumida, ingesta recomendada, iniciativas en salud pública para reducir su consumo y mensajes claves dirigidos a la población, haciendo parte de la iniciativa corazones globales para el manejo de la enfermedad cardiovascular***.*** Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modulo-grasas.pdf

- ***Módulo educativo azúcar – capacitación equipos básicos de Salud:*** este documento contiene conocimientos básicos sobre los carbohidratos, incluyendo su importancia, funciones que desempeñan en el organismo, fuentes alimentarias, efectos en salud dependiendo del tipo de carbohidrato consumido, ingesta recomendada, iniciativas en salud pública para reducir su consumo y mensajes claves dirigidos a la población, haciendo parte de la iniciativa Corazones Globales para el manejo de la enfermedad cardiovascular. Link de consulta: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/modulo-azucares.pdf

Cada uno de estos componentes tiene instrumentos o herramientas para llevar a cabo su implementación que a continuación se resumen:

Tabla 8. Resumen de los componentes de la línea de acción 1: Atención primaria en salud

Componentes	Marco normativo y estratégico	Instrumentos y/o herramientas
Atención en salud	Política de Atención Integral en Salud Modelo de Atención Integral en Salud Estrategia Nacional para la Prevención y control de la Deficiencia de Micronutrientes	Rutas Integrales de Atención en Salud Rutas Integrales de Alteraciones Nutricionales Pinzamiento del cordón umbilical Desparasitación Suplementación Fortificación con micronutrientes en polvo
Promoción de la lactancia materna y alimentación complementaria	Plan Decenal de Lactancia Materna Decreto 1395 de 1992	Lineamientos salas amigas de la familia lactante Estrategia Bancos de Leche Humana Estrategia IAMI Consejería en lactancia materna y alimentación complementaria Atención en salud para valoración, promoción y apoyo en la lactancia materna

Promoción del consumo de los alimentos naturales y frescos	Ley 1355 de 2009 Plan Decenal de Salud Pública Resolución 3803 de 2016	Implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos Promoción del consumo de frutas y verduras Estrategia de IEC en alimentación saludable ABC de alimentación saludable ABC para la promoción del consumo de frutas y verduras
Promoción de la disminución del consumo de nutrientes críticos	Ley 1355 de 2009 Plan Decenal de Salud Pública Estrategia Nacional de Reducción de consumo de sal/sodio Plan para la eliminación de grasas trans y reducción de consumo de grasas saturadas en Colombia Resolución 3803 de 2016	Implementación de las Guías alimentarias Basadas en Alimentos Estrategia de IEC en alimentación saludable ABC de la sal Sal en la alimentación Grasas trans en la alimentación Azúcar en la alimentación Manual de lectura del rotulado nutricional Documento técnico de sodio Documento técnico de azúcares añadidos Documento técnico de grasas Módulo educativo sodio – Capacitación Equipos Básicos de Salud Módulo educativo grasas – capacitación equipos básicos de Salud Módulo educativo azúcar – capacitación equipos básicos de Salud

Fuente: Elaboración propia

Bajo este contexto, a continuación, se resumen las acciones a desarrollar en la línea de atención primaria en salud:

Acciones a desarrollar en esta línea:

Promover la lactancia materna en todos los entornos y cursos de vida, a través de las intervenciones mencionadas y otras que se realicen a nivel intersectorial: cursos, talleres, capacitaciones, mensajes en redes, concursos, celebración de la semana mundial de la lactancia materna, entre otras.

Promover el consumo de alimentos naturales y frescos propios del territorio en todos los entornos y cursos de vida y la reducción de alimentos con altos contenidos de sodio, grasas y azúcares, en donde se incluyan las herramientas ya mencionadas u otras que se realicen a nivel intersectorial: cursos, talleres, capacitaciones, mensajes en redes, concursos, celebración del día mundial de la alimentación, entre otras.

Divulgar las estrategias/planes/programas desarrollados en esta línea.

Dar a conocer a los usuarios las rutas de atención integral y fomentar el uso de ellas.

Incluir en los servicios de atención en salud, las herramientas mencionadas como parte de la información en salud dirigida al usuario.

7.2 Políticas regulatorias

La regulación es el sistema racional de instrumentos jurídicos que emplea un Estado para establecer obligaciones y derechos con el propósito de normar la conducta de los particulares y del gobierno para la protección de intereses sociales legítimamente aprobados. En alimentación, estas políticas regulatorias tienen como objetivo proteger la salud de la población y prevenir las enfermedades asociadas a los riesgos de consumir alimentos con: (i) fallas en su inocuidad, (ii) falencias de micronutrientes, (iii) exceso de nutrientes de interés en salud pública.

El objetivo de esta línea es formular e implementar políticas regulatorias que prevengan la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas a una alimentación poco saludable. Esta línea de acción tiene 3 componentes: (1) Inocuidad, (2) Micronutrientes y (3) Nutrientes críticos en salud pública, a continuación, se presentan los principales avances del país en políticas regulatorias regulatorias:

Componente 1 - Inocuidad sanitaria

La inocuidad de los alimentos puede definirse como el conjunto de condiciones y medidas necesarias durante la producción, almacenamiento, distribución y preparación de alimentos para asegurar que una vez ingeridos, no representen un riesgo para la salud. Por tal razón, todos los alimentos y bebidas que sean producidos y comercializados en el territorio colombiana, deben cumplir con la normatividad vigente, que a continuación se presenta y que se puede consultar en el siguiente link:
https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/HS/Paginas/normograma-sanitario-alimentos-y-bebidas.aspx



REGULACIÓN SANITARIA
ALIMENTOS Y BEBIDAS PARA CONSUMO HUMANO

LEY 09 DE 1979 "Por la cual se dictan medidas sanitarias"

REGULACIÓN TRANSVERSAL

IMPORTACIÓN Y EXPORTACIÓN
- LEY 915 DE 2004
- DECRETO LEY 019 DE 2012
- DECRETO 539 DE 2014
- DECRETO 590 DE 2014
- DECRETO 2478 DE 2018

LIMITES MÁXIMOS DE RESIDUOS Y NIVELES MÁXIMOS
- RESOLUCIÓN 2906 DE 2007
- RESOLUCIÓN 1382 DE 2013
- RESOLUCIÓN 4506 DE 2013
- RESOLUCIÓN 2671 DE 2014
- RESOLUCIÓN 3709 DE 2015

BPM; HACCP; REGISTRO, PERMISO Y NOTIFICACIÓN
- RESOLUCIÓN 604 DE 1993
- LEY 915 DE 2004
- RESOLUCIÓN 2674 DE 2013
- RESOLUCIÓN 719 DE 2015
- DECRETO 60 DE 2002
- DECRETO 1686 DE 2012
- RESOLUCIÓN 3168 DE 2015

ROTULADO O ETIQUETADO
- RESOLUCIÓN 5109 DE 2005
- RESOLUCIÓN 1506 DE 2011

INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL; PROCEDIMIENTOS
- LEY 1437 DE 2011
- DECRETO 2078 DE 2012
- RESOLUCIÓN 1229 DE 2013
- RESOLUCIÓN 770 DE 2014
- RESOLUCIÓN 5296 DE 2013
- CIRCULAR 046 DE 2014
- CIRCULAR 031 DE 2015
- CIRCULAR 046 DE 2016

PERMANENCIA
- DECRETO 2500 DE 2018
- DECRETO 2499 DE 2018
- DECRETO 2477 DE 2018
- DECRETO 2476 DE 2018
- DECRETO 2474 DE 2018
- RESOLUCIÓN 5872 DE 2018
- RESOLUCIÓN 5865 DE 2018
- RESOLUCIÓN 5897 DE 2018

MUESTRAS SIN VAL.; INCENTIVOS
- RESOLUCIÓN 3772 DE 2013
- RESOLUCIÓN 1893 DE 2001

ADITIVOS ALIMENTARIOS
- DECRETO 2106 DE 1983
- RESOLUCIÓN 10593 DE 1985
- RESOLUCIÓN 14985 DE 1988
- RESOLUCIÓN 1618 DE 1991
- RESOLUCIÓN 4124 DE 1991
- RESOLUCIÓN 4125 DE 1991
- RESOLUCIÓN 4126 DE 1991
- RESOLUCIÓN 2826 DE 1996
- RESOLUCIÓN 1528 DE 2002
- RESOLUCIÓN 2606 DE 2009

SUPERFICIES EN CONTACTO
- RESOLUCIÓN 683 DE 2012
- RESOLUCIÓN 4142 DE 2012
- RESOLUCIÓN 4143 DE 2012
- RESOLUCIÓN 834 DE 2013
- RESOLUCIÓN 835 DE 2013
- RESOLUCIÓN 862 DE 2017

ALIMENTOS ENVASADOS HERMÉTICAMENTE
- RESOLUCIÓN 2195 DE 2010

REGULACIÓN ESPECÍFICA

PRODUC. DE LA PESCA
- DECRETO 561 DE 1984
- RESOLUCIÓN 730 DE 1998
- RESOLUCIÓN 337 DE 2006
- RESOLUCIÓN 148 DE 2007
- RESOLUCIÓN 228 DE 2007
- RESOLUCIÓN 776 DE 2008
- RESOLUCIÓN 122 DE 2012
- RESOLUCIÓN 468 DE 2012

BEB. EMBRIAGANTES
- RESOL. 982 DE 1994
- RESOL. 1082 DE 1994

BEB. ALCOHÓLICAS
- DECRETO 4445 DE 2005
- DECRETO 3515 DE 2007
- DECRETO 1686 DE 2012
- DECRETO 1506 DE 2014
- DECRETO 262 DE 2017
- CIRCULAR 11 DE 2017

PRODUC. DEL CACAO
- RESOLUCIÓN 1511 DE 2011

BEB. ENERGIZANTES
- RESOLUCIÓN 4150 DE 2009

BEBIDAS HIDRATANTES
- RESOLUCIÓN 2229 DE 1994

DERIVADOS LÁCTEOS
- RESOLUCIÓN 2310 DE 1986
- RESOLUCIÓN 1804 DE 1989
- RESOLUCIÓN 11961 DE 1989

LECHE
- DECRETO 616 DE 2006
- DECRETO 1673 DE 2010
- DECRETO 1880 DE 2011

AGUA ENVASADA
- RESOL. 12186 DE 1991

DERIVADOS CÁRNICOS
- DECRETO 2162 DE 1983
- DECRETO 2131 DE 1997

CARNE Y PRODUCTOS CARNICOS
- DECRETO 2278 DE 1982
- DECRETO 1036 DE 1991
- DECRETO 2350 DE 2004
- DECRETO 3755 DE 2006
- DECRETO 3752 DE 2006
- DECRETO 1500 DE 2007
- DECRETO 2965 DE 2008
- DECRETO 2380 DE 2009
- DECRETO 3525 DE 2009
- DECRETO 4131 DE 2009
- DECRETO 4974 DE 2009
- DECRETO 3961 DE 2011
- DECRETO 917 DE 2012
- DECRETO 318 DE 2013
- DECRETO 2270 DE 2012
- DECRETO 1282 DE 2016
- RESOL. 222 DE 1990
- RESOL. 402 DE 2002
- RESOL. 3659 DE 2008
- RESOL. 4772 DE 2009
- RESOL. 3009 DE 2010
- RESOL. 240 DE 2013
- RESOL. 241 DE 2013
- RESOL. 242 DE 2013
- RESOL. 3753 DE 2013
- RESOL. 2690 DE 2015
- RESOL. 562 DE 2016

FRUTAS Y HORTALIZAS
- RESOL. 15790 DE 1984
- RESOL. 14712 DE 1984
- RESOL. 2155 DE 2012
- RESOL. 3929 DE 2013
- RESOL. 1155 DE 2014

LABORATORIOS
- DECRETO 2323 DE 2006
- RESOLUCIÓN 1619 DE 2015

SAL
- DECRETO 547 DE 1996
- DECRETO 698 DE 1998
- RESOLUCIÓN 9553 DE 1988

MAYONESA
- RESOL. 17882 DE 1985
- RESOL. 129 DE 2003

VINAGRE
- RESOLUCIÓN 775 DE 2008

PANELA
- RESOLUCIÓN 779 DE 2006
- RESOLUCIÓN 3462 DE 2008
- RESOLUCIÓN 3544 DE 2009
- RESOLUCIÓN 4121 DE 2011
- RESOLUCIÓN 4217 DE 2013

PASTAS ALIM.
- RESOLUCIÓN 4393 DE 1991

ESPECIAS
- RESOL. 19021 DE 1985
- RESOLUCIÓN 4241 DE 1991

CARACOLES
- DECRETO 2490 DE 2008

LACTOSUEROS
- RESOLUCIÓN 2997 DE 2007
- RESOLUCIÓN 1031 DE 2010
- RESOLUCIÓN 1185 DE 2011

OGM
- LEY 165 DE 1994
- LEY 740 DE 2002
- DECRETO 4525 DE 2005
- RESOLUCIÓN 227 DE 2007
- RESOLUCIÓN 4254 DE 2011
- RESOLUCIÓN 2535 DE 2017

ACEITES Y GRASAS
- RESOLUCIÓN 2154 DE 2012

Componente 2 – Consumo de vitaminas y minerales
En Colombia, actualmente se fortifica sal y harina de trigo como medida de salud pública que busca la reducción de deficiencias de Hierro, Flúor, Ácido Fólico, Yodo, Vitamina B y Calcio. Estas medidas están soportadas con reglamentación como es el caso de la sal a través del Decreto 547 de 1996 "Por el cual se reglamenta el Título V de la Ley 09 de 1979, en cuanto a la expedición del registro Sanitario y a las condiciones sanitarias de producción, empaque y comercialización, al control de la sal para consumo humano y se dictan otras disposiciones sobre la materia y el Decreto 1944 de 1996 "Por el cual se reglamenta la fortificación de la harina de trigo y se establecen las condiciones de comercialización, rotulado, vigilancia y control para la harina de trigo".

No obstante, a la luz de los indicadores biológicos de la población colombiana, resumidos en la ENSIN, estas normativas se encuentran en proceso de actualización.

Componente 3 – Nutrientes críticos
Las políticas regulatorias que buscan intervenir en el consumo de alimentos con altos contenidos de nutrientes de interés en salud pública (sodio, grasas saturadas, grasas trans y azúcares añadidos), se centran en: regulación de contenido de nutrientes, regulación del etiquetado nutricional y frontal, regulación de la publicidad de este tipo de alimentos y políticas fiscales para la imposición de impuestos. En el país se han formulado las siguientes políticas regulatorias:

- ***Grasas trans y saturadas. Resolución 2508 de 2012:*** *Por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que deben cumplir los alimentos envasados que contengan grasas trans y/o grasas saturadas. En esta normativa se restringe el contenido de grasas trans a 2g/100g de materia grasa en las grasas, aceites vegetales y margarinas para untar y esparcibles. Además, se define que el contenido de ácidos grasos trans en las grasas y aceites utilizadas como materia prima en la industria de alimentos, o como insumo en panaderías, restaurantes o servicios de comidas pueden contener hasta 5 gramos por 100 gramos de materia grasa. Se exceptúan aquellos ácidos grasos presentes naturalmente en grasas animales provenientes de carnes de rumiantes y sus derivados. Y, en cuanto a las grasas saturadas aquellos alimentos con ≥ 0,5g por porción declarada en la etiqueta, deberá reportarlo obligatoriamente en la tabla de información nutricional.*

  Actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra actualizando esta alternativa, con el objetivo de eliminar los ácidos grasos trans de origen industrial, acatando las recomendaciones de la OMS y OPS.

- ***Sodio. Resolución 2013 de 2020:*** Por la cual se establece el reglamento técnico que define los contenidos máximos de sodio de los alimentos procesados priorizados en el marco de la Estrategia Nacional de Reducción del Consumo de Sodio y se dictan otras disposiciones, en esta resolución se establecieron metas graduales para la reducción del contenido de sodio en 59 alimentos, incluidos en 11 categorías: snacks, quesos, embutidos, salsas y aderezos, sopas, cremas y bases deshidratadas, grasas, panadería envasada, sardinas enlatadas, galletería, cereales para el desayuno y maní.

- ***Azúcares. Propuesta de la reforma tributaria del artículo relacionado con Impuesto a las Bebidas Azucaradas***: el Ministerio de Salud y Protección Social propuso un impuesto del 20% a las bebidas azucaradas, teniendo en cuenta que como factor de riesgo son causantes del 13% de la mortalidad por diabetes, el 5% de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y el 1% de la mortalidad por neoplasias asociadas, además se lograría un ahorro de 220.000 millones. A pesar de que este impuesto no fue aprobado, logró la sensibilización en la población colombiana frente a los efectos en salud del consumo de este tipo de bebidas.

- ***Etiquetado nutricional. Resolución 810 de 2021.*** Por la cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos de etiquetado nutricional y frontal que deben cumplir los alimentos envasados para consumo humano. Esta resolución establece criterios técnicos para el uso de las declaraciones de nutrientes, formatos de tablas nutricionales, declaración de propiedades nutricionales y de salud, adicionalmente, establece el etiquetado frontal de advertencia, en el cual se informa al consumidor, cuando un alimento tiene un contenido alto de sodio, grasas saturadas y azúcares añadidos.

- ***Regulación de la publicidad:*** Este Ministerio ha construido 2 policy brief, sobre el análisis de las opciones de política de la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas con altos contenidos de nutrientes de interés en salud pública, en los cuales el resultado es que la mejor opción, es regular la publicidad dirigida a menores de 16 años, tal como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud.
  Actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra elaborando un documento soporte para la regulación de esta temática.

Acciones a desarrollar en esta línea:

- Divulgar la normativa desarrollada en esta línea, en todos los entornos y sectores.
- Para el sector productivo, dar cumplimiento a la normativa presentada.
- Para la ciudadanía, ejercer veeduría ciudadana para efectos del cumplimiento de la normativa y movilización social para abogacía de aprobación de las políticas en formulación.
- Fomentar y apoyar las políticas regulatorias que se encuentran formuladas o que se encuentran en proceso de formulación.
- Para la academia, realizar procesos de investigación que puedan evaluar el impacto esperado de cada una de las políticas mencionadas.

A continuación, se resumen las iniciativas expuestas, por sus tres componentes:

Tabla 9. Resumen de los componentes de la línea de acción 2: Políticas regulatorias

Componentes	Marco normativo y estratégico	Instrumentos y/o herramientas
Inocuidad	Ley 9 de 1979	Ver normograma sanitario
Consumo de vitaminas y minerales	Estrategia Nacional para la Prevención y control de la Deficiencia de Micronutrientes Plan Decenal de Salud Pública Resolución 3803 de 2016	Decreto 547 de 1996 Decreto 1944 de 1996
Nutrientes críticos	Ley 1355 de 2009 Plan Decenal de Salud Pública Resolución 3803 de 2016	Resolución 2508 de 2012 Resolución 2013 de 2020 Resolución 810 de 2021 Policy brief sobre publicidad

Fuente: Elaboración propia

7.3 Medidas intersectoriales

El abordaje eficaz de la promoción de la alimentación saludable exige actividades multisectoriales con participación del sector público y el no gubernamental, teniendo en cuenta que la alimentación saludable incluye las medidas que permitan mejorar la disponibilidad y el acceso a los alimentos nutritivos, promoción en los diferentes entornos en donde se mueve el individuo (educativo, institucional, comunitario, laboral). También son importantes las intervenciones orientadas a mejorar los sistemas de producción, almacenamiento y distribución de los alimentos.

El objetivo de esta línea es promover la alimentación saludable con acciones intersectoriales que puedan contribuir a mejorar los hábitos alimentarios de la población colombiana. Esta línea tiene 2 componentes, (1) Acciones de educación e información intersectoriales y (2) Orientaciones técnicas para preparación y oferta de alimentos saludables. A continuación, se presentan algunos avances en cada uno de los componentes que se han realizado de manera intersectorial:

Componente 1 - Acciones de educación e información intersectoriales: en este componente se pretende realización acciones de educación e información con base en los siguientes instrumentos:

- ***Implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - GABA para la Población Colombiana Mayor de 2 Años.*** Es una herramienta nacional en materia de alimentación saludable, la cual busca contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación, a través de 9 mensajes comprensibles, y orienta a familias, educadores, asociaciones de consumidores, medios de comunicación e industria de alimentos, entre otros actores sociales, sobre cómo debe ser su alimentación. Igualmente, proporciona el número y tamaño de porciones por cada grupo de edad y género recomendadas en el marco de una alimentación saludable, a través del consumo variado y balanceado de 6 grupos de alimentos: Cereales, raíces, tubérculos y plátanos, frutas y verduras, carnes, leguminosas y semillas, leche y derivados lácteos, grasas y azúcares.

- ***Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional:*** está dirigido a actores de los diferentes sectores que realizan acciones educativas y de formación en las áreas de alimentación y nutrición. A la vez, presenta un marco de referencia normativo, estratégico y conceptual, así como principios, líneas de acción y algunas orientaciones de expertos para una educación alimentaria y nutricional eficaz que logre la conexión necesaria entre los conocimientos y las prácticas. Es fruto de una formulación participativa de profesionales y académicos de los sectores públicos y privados, comprometidos y convencidos de la importancia de la educación alimentaria y nutricional para la salud de la población colombiana. Busca ser un referente para la reflexión, promoción y mejoramiento de las acciones educativas en los distintos entornos territoriales y para la formulación e implementación de planes de educación alimentaria y nutricional.

- ***Estrategia de Educación Alimentaria y Nutricional para los territorios rurales*:** esta estrategia se encuentra en construcción en el marco del funcionamiento de la submesa de alimentación saludable y sostenible de la CISAN.

Componente 2 - Orientaciones técnicas para preparación y oferta de alimentos saludables: en este componente se pretende que a través del uso de las siguientes herramientas técnicas se oferten y se preparen alimentos saludables y locales:

- ***Lineamiento técnico nacional para la promoción de frutas y verduras:*** busca impulsar la consolidación de escenarios intersectoriales que aporten al mejoramiento de toda la cadena hortofrutícola y resalta la importancia de abordar los planes, programas y acciones con un enfoque integrador y diferencial respecto de las condiciones culturales, étnicas y sociales del país. El lineamiento técnico y

sus ejemplos de acciones orientadoras se perciben, además, como una oportunidad para recuperar las tradiciones culinarias que constituyen el patrimonio gastronómico y biológico del país.

- ***Documento técnico de soporte para la reglamentación de tiendas escolares saludables:*** el objetivo de este documento es establecer los requisitos y criterios técnicos referentes a la preparación, expendio o distribución de alimentos en las tiendas escolares con el fin de promover un entorno que fomente la alimentación saludable en las instituciones de educación preescolar, básica y media, como soporte técnico para iniciar y/o desarrollar y/o implementar el proceso de reglamentación. Incluye 5 componentes, ejemplos de alimentos para incluir en una tienda escolar saludable y las restricciones de alimentos para la venta y publicidad.

- ***Lineamiento para la preparación y adquisición de alimentos saludables en programas de apoyo alimentario a cargo del Estado:*** establece directrices para la promoción de alimentación saludable en los programas de apoyo alimentario, pretende en primera instancia promover el consumo de alimentos frescos y naturales, a través del cumplimiento de la aplicación de las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes RIEN y las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos GABA, y evitar ó disminuir el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados; Este documento define límites de contenido de nutrientes críticos (energía, sodio, azúcares, grasas saturadas y trans) que sirvan como insumo para la selección de proveedores. Asimismo, establece pautas en el proceso de elaboración de alimentos desde la planificación, preparación (adobo, técnicas de cocción, buen uso de grasas y aceites) y distribución de alimentos para finalmente complementar este proceso con educación alimentaria y nutricional. Su objetivo es que los beneficiarios de los programas de apoyo alimentario, puedan acceder a una alimentación saludable que promueva la salud y prevenga la aparición de enfermedades no transmisibles.

- ***Manual operativo del sector gastronómico:*** el objetivo de este documento es articular las acciones de los integrantes del sector gastronómico para el diseño, preparación y oferta de alimentos saludables en los restaurantes y servicios de alimentación. Establece recomendaciones para todas las etapas de preparación de alimentación, incluidas: planeación, compra, preparación, distribución y presentación. A partir de este documento se construyó la herramienta para la semaforización de estos procesos, de tal manera que quien administre el restaurante pueda aplicarla y establecer que procesos realiza de manera correcta, cuales toca ajustar y aquellos que debe empezar a implementa.

- ***Política para el conocimiento, la salvaguardia y el fomento de la alimentación y las cocinas tradicionales de Colombia:*** tiene como objetivo principal valorar y salvaguardar la diversidad y riqueza cultural de los conocimientos, prácticas y productos alimenticios de las cocinas tradicionales de Colombia, como factores

fundamentales de la identidad, pertenencia y bienestar de su población, a través de 5 estrategias que incluyen: 1. Reconocer, valorar y enseñar el patrimonio de las cocinas y la alimentación tradicional, 2. Salvaguardar el patrimonio cultural en riesgo de las cocinas y la alimentación tradicional, 3. Fortalecer la organización y la capacidad de gestión cultural de los portadores de las tradiciones de la alimentación y la cocina, 4.Fomentar el conocimiento y uso de la biodiversidad con fines alimentarios y 5. La adecuación institucional.

- ***Estrategia Colombia a la Mesa:*** busca el reconocimiento y apropiación de la oferta y la vinculación de la gastronomía colombiana con los productos, atractivos, planes y paquetes turísticos, el fortalecimiento empresarial, la unión de fuerzas y recursos de los actores públicos y privados para el desarrollo del producto turístico gastronómico, promover e incentivar la investigación en gastronomía y por último desarrollar acciones de promoción nacional e internacional del país como destino gastronómico, a través de 6 programas: nuestras cocinas, nuestra identidad, una experiencia gastronómica, con potencial turístico, Colombia, un viaje de sabores, gastronomía productiva, todos a la mesa, Colombia, SÍ sabe y bienvenidos comensales.

- ***Lineamiento técnico sobre el tamaño de porciones:*** este documento se encuentra en construcción y busca promocionar el tamaño adecuado de las porciones para evitar el desperdicio de alimentos en el marco de la política nacional de pérdidas y desperdicios de alimentos.

Acciones a desarrollar en esta línea:

Fortalecer conocimientos frente al enfoque territorial y cultural de la alimentación saludable.
Divulgar las estrategias/planes/programas desarrolladas en esta línea.
Gestionar la articulación intersectorial para implementar las acciones antes descritas (tienda escolar saludable, sector gastronómico, cocinas tradicionales).
Promover el uso adecuado de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos en todos los sectores.
Incentivar el desarrollo de otras medidas intersectoriales, por ejemplo: relación de cambio climático y alimentación saludable, diversificación en la alimentación.

Tabla 10. Resumen de componentes de la línea de acción 3: Medidas intersectoriales

Componentes	Marco normativo y estratégico	Instrumentos y/o herramientas
Acciones de educación e información intersectoriales	Ley 115 de 1994 Conpes 113 de 2008 Ley 1355 de 2009 Plan Nacional Rural del Sistema para la Garantía	Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional Documento técnico GABAs Manual del facilitador GABAs Rotafolio GABAs

	Progresiva del Derecho a la Alimentación	Estrategia de Educación Alimentaria y Nutricional para los territorios rurales
Orientaciones técnicas para preparación y oferta de alimentos saludables	Conpes 113 de 2008 Ley 1355 de 2009 Política Nacional contra la Pérdida y el Desperdicio de Alimentos	Política para el conocimiento, la salvaguardia y el fomento de la alimentación y las cocinas tradicionales de Colombia Estrategia Colombia a la mesa Manual del sector gastronómico Documento técnico tiendas escolares saludables Lineamiento técnico nacional para la promoción de frutas y verduras Lineamiento para la preparación y adquisición de alimentos saludables en programas de apoyo alimentario a cargo del Estado

Fuente: Elaboración propia.

7.4 Gestión del conocimiento

La línea de gestión del conocimiento se define como la gestión de sistemas de información y el desglosamiento de datos para hacer que el desarrollo y formulación de políticas/programas/planes de alimentación saludable a escala nacional y local, sean efectivas, de alto impacto y sensibles a la equidad. Adicionalmente, el avance de la ciencia en términos de alimentación saludable, es constante y en crecimiento, por tal razón, es fundamental desarrollar e implementar propuestas de investigación que soporten el qué hacer en alimentación saludable. En esta línea se cuenta con 2 componentes: (1) Seguimiento y monitoreo y (2) Investigación, Algunos de los avances en cada componente, son los siguientes:

Componente 1 – Seguimiento y monitoreo: a continuación, se presentan los avances frente a las acciones que pueden apoyar el seguimiento y monitoreo de los indicadores que se relacionan con la implementación de las políticas/planes/programas/estrategias en alimentación saludable:

- ***Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional – ENSIN:*** cuyo objetivo es analizar la situación alimentaria y nutricional de la población colombiana enmarcada en el modelo de determinantes sociales, como insumo para la formulación, seguimiento y reorientación de políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional para el país. Bajo este objetivo, se produce información que amplía la comprensión de la situación nutricional en la diversidad de los territorios colombianos, considerando el curso de vida para explorar las múltiples relaciones entre factores biológicos, sociales, culturales y económicos, que interactúan de manera compleja y que producen y reproducen inequidades, las cuales deben

constituirse en las prioridades de las políticas públicas de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN).

- ***Vigilancia a través de fuentes secundarias***: consiste en establecer la situación nutricional de la población que habita en el territorio nacional a través del acceso a fuentes secundarias de información, para el análisis e interpretación del estado nutricional en todos los departamentos con oportunidad para la toma de decisiones y orientación de la acción frente a los programas de promoción, prevención y de seguridad alimentaria y nutricional - SAN en los territorios. De igual manera, por medio de esta estrategia se podría llegar a establecer las atenciones de Protección Específica y Detección Temprana, de actividades relacionadas con salud nutricional. Todo lo anterior, en el marco normativo vigente que regula el reporte de esta información.
- ***Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional – OSAN:*** se entiende como un sistema integrado de instituciones, actores, políticas, procesos, tecnologías, recursos y responsables de la SAN; que integra, produce y facilita el análisis de información y gestión del conocimiento; para fundamentar el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la SAN, de la PNSAN y de las acciones que buscan garantizarla.

Componente 2 – Investigación: a continuación se presentan los avances frente a las acciones que pueden ser apoyo para la formulación de políticas/planes/programas/estrategias en alimentación saludable, a través de proyectos de investigación, se propone que se indague acerca de:

- ✓ Determinantes sociales en la práctica de lactancia materna
- ✓ Consumo de alimentos naturales y frescos
- ✓ Determinación de ingesta de nutrientes críticos en salud pública
- ✓ Relación entre ingesta de nutrientes críticos y la prevención de enfermedad
- ✓ Impacto de las intervenciones en promoción de alimentación saludable
- ✓ Contenido nutricional en alimentos locales
- ✓ Estudios a profundidad de los resultados de las Encuestas de la Situación Alimentaria y Nutricional
- ✓ Estudios de carga de enfermedad relacionada con alimentación poco saludables
- ✓ Impacto de los procesos de fortificación en las deficiencias de micronutrientes
- ✓ Efecto de la publicidad de alimentos procesados en el consumo de nutrientes de interés en salud pública con enfoque en la niñez y la adolescencia

- ***Agenda de investigación en alimentación saludable:*** se concibe como un instrumento para orientar e implementar acciones en el marco de un proceso de planeación estratégica que centra su atención en la alimentación saludable, en el marco de los determinantes sociales en salud, busca contribuir a la comprensión de

los hábitos alimentarios en el país, consumos de los diferentes alimentos y su relación con las Enfermedades No Transmisibles, impactos de los planes/programas/estrategias en alimentación saludable, estudios a profundidad en los diferentes territorios con enfoque diferencial, análisis de la relación con el cambio climático y los sistemas alimentarios sostenibles, entre otras temáticas que puedan ser en un medio para fortalecer la relación investigación y el mejoramiento de las condiciones de vida para la población colombiana.

Acciones a desarrollar en esta línea:

Fomentar el uso adecuado de los indicadores presentados en las encuestas de situación alimentaria y nutricional.

Fortalecer los sistemas de vigilancia alimentaria y nutricional.

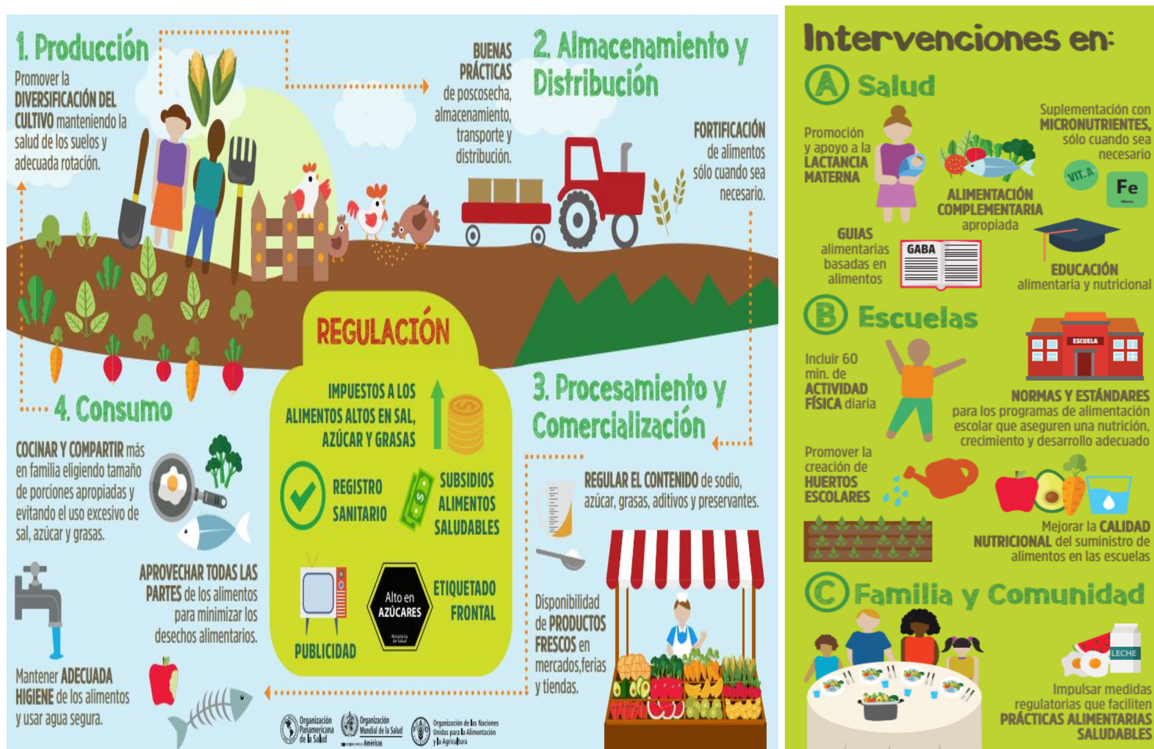
Gestionar la articulación con la academia e institutos de investigación para la divulgación de resultados de investigación que puedan contribuir al desarrollo de políticas/planes/programas en alimentación saludable.

Tabla 11. Resumen de componentes de la línea de acción 4: Gestión del conocimiento

Componentes	**Marco normativo y estratégico**	**Instrumentos y/o herramientas**
Seguimiento y monitoreo	Conpes 113 de 2008 Ley 1355 de 2009	Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional Vigilancia mediante fuentes secundarias
Investigación	Conpes 113 de 2008 Ley 1355 de 2009	Agenda de investigación en alimentación saludable

Así las cosas, con la implementación de las acciones antes mencionadas se espera contribuir a un sistema alimentario sostenible, entendiendo la cadena agroalimentaria, como lo muestra la siguiente gráfica, en la cual se aplican la mayoría de las intervenciones descritas en el presente documento técnico: lactancia materna, guías alimentarias, intervenciones por entornos, promoción del consumo de alimentos frescos y naturales, reducción del consumo de sodio, grasas y azúcares, reglamentación del etiquetado y publicidad, fortificación y prácticas culinarias saludables:

Gráfica 24. Sistemas Alimentarios Sostenibles para una Alimentación Saludable



Fuente: OPS. Sistemas Alimentarios Sostenibles para una Alimentación Saludable. 2020.

8 Implementación de las líneas de acción

Para llevar a cabo la implementación de las anteriores líneas de acción y teniendo en cuenta su intersectorialidad, a continuación, se presentan las competencias por sector, así como de los diferentes actores del sistema de seguridad social en el marco de la r promoción de alimentación saludable:

Sector Salud

A partir de la política de atención integral en salud, el Conpes 113 y el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional, las principales acciones que soportan la promoción de la alimentación saludable, son:

- Formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos en materia de alimentación saludable.
- Dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública.
- Promover e impartir directrices encaminadas a fortalecer la investigación, indagación, consecución, difusión y aplicación de los avances nacionales e internacionales, en temas tales como cuidado, promoción de la alimentación saludable y prevención de las enfermedades.
- Promover acciones para la divulgación del reconocimiento y goce de los derechos de las personas en materia de salud, promoción social, y en el cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida.

- Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud.
- Implementar y evaluar las estrategias y actividades para el fortalecimiento efectivo del Plan Decenal de Lactancia Materna, o el que lo sustituya.
- Fortalecer las capacidades institucionales para la intervención de la malnutrición y las deficiencias de micronutrientes en la población colombiana.
- Desarrollar reglamentos, normas y planes en materia de inocuidad de los alimentos.
- Promoción de condiciones y estilos de vida saludable entorno escolar, por medio de programas o estrategias como escuela saludable y escuela de puertas abiertas o en el marco de los proyectos transversales.
- Concientizar, educar y comunicar estilos de vida saludables a través de mensajes cortos y divertidos, juegos e infografías educativas buscando generar un cambio significativo en los estilos de vida de las personas.
- Reglamentación de alimentos con contenidos de grasas trans y/o grasas saturadas con destino al consumo humano.
- Fortalecer la implementación de la Estrategia de Entornos Saludables y la promoción de condiciones y estilos de vida saludable.

De otra parte a continuación se presentan las responsabilidades de los integrantes del SGSSS, en materia de alimentación saludable:

Entidades territoriales en salud

- Realizar el análisis de situación de salud de la población.
- Establecer de manera conjunta con los integrantes del sector salud, los sectores público, privado y las organizaciones sociales o comunitarias los mecanismos, acuerdos y alianzas, que garanticen:

a. El reconocimiento y posicionamiento de las prioridades relacionadas con la situación alimentaria y nutricional de las personas, las familias y comunidades a fin de establecer objetivos comunes y alternativas de solución.

b. La inclusión de acciones dirigidas a la atención integral en salud de las personas y de las familias en sus planes operativos, proyectos o sus equivalentes y la complementariedad entre planes de beneficios.

c. La coordinación de acciones intersectoriales para la promoción de alimentación saludable.

d. El seguimiento y evaluación a los acuerdos intersectoriales generados.

e. La participación social en los proyectos de alimentación saludable.

f. La definición de estrategias, planes, proyectos e intervenciones poblacionales dirigidas a modificar e impactar positivamente en los determinantes sociales en seguridad alimentaria y nutricional.

- Definir por entorno las intervenciones colectivas complementarias a las intervenciones individuales y las poblacionales a abordar en materia de alimentación saludable en los mismos y socializar o poner a disposición de las EAPB de su territorio el portafolio de intervenciones colectivas, señalando

la población sujeto de las intervenciones y el mecanismo de acceso a las mismas.

- Establecer espacios únicos de coordinación, seguimiento y mecanismos organizados para la gestión integral e integrada con los profesionales de las áreas técnicas con capacidad de toma de decisiones designados por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Obligadas a Compensar, los Regímenes de Excepción y los Regímenes Especiales.
- Incluir en los respectivos instrumentos de planeación los resultados, estrategias, programas y proyectos requeridos para lograr la promoción de la alimentación saludable.
- Gestionar en los comités departamento, distritales o municipales de Seguridad Alimentaria y Nutricional – SAN o en los espacios intersectoriales la implementación de los planes/políticas/programas/estrategias en alimentación saludable.

Entidades promotoras de salud, Entidades que administran los regímenes de excepción o especiales y entidades obligadas a compensar

- Realizar la caracterización de su población afiliada y participar en el proceso de análisis de situación de salud convocados por los departamentos o distritos donde se ubica su población afiliada.
- Identificar las necesidades de adecuación sociocultural de los servicios en salud para la atención de la población a su cargo y estructurar o contratar la oferta requerida para garantizar la atención integral con enfoque diferencial e intercultural.
- Definir la red de prestación de servicios, la adecuación de las atenciones en salud, las modalidades de prestación y los mecanismos o estrategias de gestión requeridos para garantizar la atención integral en el marco de los contenidos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la población Materno Perinatal en lo referente a las acciones de promoción de la alimentación saludable.
- En el marco de la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la salud, gestionar las acciones de información en salud y educación para la salud en todas las atenciones relacionadas con la promoción de la alimentación saludable.
- Garantizar que los usuarios canalizados por la Entidad Territorial tengan acceso a las atenciones individuales dispuestas en las Rutas Integrales de Atención en Salud y demás atenciones en salud que se requieran.
- Evaluar en el marco de sus competencias, los resultados en salud en las personas, familias y las comunidades conforme a lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud, planes y acuerdos suscritos a nivel departamental para la adaptación e implementación progresiva de las mismas o acuerdos operativos suscritos entre las partes.

Prestadores de servicios de salud

- Participar en los espacios de coordinación convocados por las Entidades promotoras de salud, Entidades que administran los regímenes de excepción y especiales, entidades obligadas a compensar y Entidades Territoriales para la planeación, ejecución, monitoreo, evaluación y rendición de cuentas de la atención integral en salud que incluye la educación en salud en temas de alimentación saludable.
- Conocer la situación de salud de las personas y familias a su cargo, con el fin de generar las acciones requeridas para garantizar su atención oportuna e integral, en el marco del acuerdo de voluntades.
- Direccionar a la población a su cargo, en los casos que se requiera, hacia los servicios sociales, las intervenciones colectivas o a las entidades responsables de las atenciones dispuestas en rutas intersectoriales para la atención de eventos como desnutrición, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso y obesidad.
- Prestar los servicios de salud con calidad en la atención integral para la población, que incluya educación para la salud en materia de alimentación saludable.
- Desarrollar y fortalecer las capacidades a nivel individual y organizacional. Esto incluye, el desarrollo de las capacidades y suficiencia de talento humano, los procesos organizacionales y disposición de los recursos físicos o tecnológicos requeridos para la atención conforme a lo establecido en los procedimientos de las RIAS, incluido el proceso suplementación, desparasitación, educación para la salud, curso de maternidad y paternidad con alimentación saludable, etc.
- Suministrar la información requerida para monitorear y evaluar la atención integral en salud en el marco de lo establecido en las RIAS y los resultados esperados de la prestación de las atenciones, a la entidad responsable de pago y al Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con el proceso y las fuentes de información definidos para tal fin por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.

Empresas de medicina prepagada

- Contratar las atenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica y educación para la salud conforme a los contenidos de los Lineamientos Técnicos y Operativos de las Rutas Integrales de Atención en Salud, cuando dichas intervenciones se encuentran incluidas en las cláusulas del contrato suscrito con el usuario; lo anterior, sin perjuicio de brindar atenciones con estándares superiores.
- Suministrar la información requerida para monitorear y evaluar la atención integral en el marco de lo establecido en las Rutas Integrales de Atención en Salud y los resultados esperados de la prestación de las atenciones, a la Entidad correspondiente y al Ministerio de Salud y Protección Social, de conformidad con

el proceso y las fuentes de información definidos para tal fin por parte de este Ministerio.

Bajo este contexto y teniendo en cuenta las medidas intersectoriales propuestas para este plan estratégico de alimentación saludable, se recomiendan las siguientes acciones por sector, en el marco de sus competencias:

Sector agropecuario

Con base en lo planteado en el Conpes 113, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la Política pública de agricultura campesina familiar y comunitaria, este sector deberá garantizar la disponibilidad y oferta de alimentos prioritarios, además de la promoción de hábitos alimentarios saludables, con las siguientes intervenciones:

- Establecer Alianzas Productivas con el sector privado comercializador con el objeto de incrementar la competitividad y el desarrollo empresarial de las comunidades rurales pobres, de manera sostenible.
- Mejorar la productividad de proyectos productivos a través del Incentivo a la Capitalización Rural - ICR, el cual puede abarcar proyectos relacionados con la inversión en productos que hacen parte del Grupo de Alimentos Prioritarios.
- Financiar proyectos asociativos de adecuación de tierras que pueden estar destinados a mejorar la productividad de los productos que hacen parte del Grupo de Alimentos Prioritarios.
- Prestar un servicio de acompañamiento integral a los productores en el desarrollo de sus actividades productivas, orientándolos en materia técnica, comercial, financiera, organizativa y ambiental, en busca de mejorar la participación de los pequeños y medianos productores en los recursos públicos destinados a apoyar la producción agropecuaria y el desarrollo rural.
- Aportar al mejoramiento del paquete tecnológico y fomentar la adopción de estrategias tendientes a mejorar la calidad e inocuidad de alimentos producidos por los campesinos en sus organizaciones microempresariales.
- Desarrollar acciones de información, educación y comunicación sobre hábitos de consumo de alimentos adecuados, suficientes, de calidad y en los tiempos de consumo óptimos, fomentando los de origen local, en los diferentes entornos. Estas acciones se desarrollarán con un enfoque territorial con participación y acompañamiento de las comunidades y priorizarán la promoción de alimentos provenientes de sistemas productivos sostenibles.

Sector prosperidad social

Teniendo como referencia lo planteado en el Conpes 113 y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, este sector deberá contribuir al acceso de alimentos prioritarios y la promoción de los hábitos alimentarios saludables, con las siguientes intervenciones:

- Mantener y mejorar la cobertura de programas de asistencia alimentaria.
- Promoción de proyectos que permitan generar un mayor acceso a los alimentos y su posterior consumo en hogares retornados o reubicados rurales.

- Fomentar y fortalecer las políticas sustentables de producción, distribución y consumo de alimentos, con base en la pequeña y mediana producción acordes con las prácticas productivas tradicionales de las comunidades participantes, por medio de la implementación de proyectos de soberanía alimentaria.
- Promoción de proyectos que permitan incentivar el autoconsumo y hábitos alimentarios saludables.
- Fortalecimiento a las entidades territoriales para el posicionamiento y consolidación de temas en SAN, a través de asesoría y acompañamiento en temas relacionados con salud, nutrición, política pública y agricultura sostenible de acuerdo a las necesidades del territorio.

Sector bienestar familiar

A partir de lo planteado en el Conpes 113, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y la Política de infancia y adolescencia, este sector deberá contribuir al acceso de alimentos prioritarios y la promoción de los hábitos alimentarios saludables, con las siguientes intervenciones:

- Mantener y mejorar la cobertura de programas de asistencia alimentaria.
- Atender la población focalizada de 0 a 5 años en el marco del modelo de atención integral para la primera infancia priorizando a la población vulnerable.
- Fomento de hábitos alimentarios saludables a través de las Guías alimentarias para la población colombiana.
- Diseño, formulación, ajuste, aprobación y difusión del Plan Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional y definición y seguimiento del plan operativo.
- Desarrollo de un sistema de información, análisis e investigación en SAN que tenga incidencia en la reformulación de la política y en el seguimiento de sus resultados sociales.
- Aportar información quinquenal de la Situación Nutricional del país mediante la encuesta ENSIN.
- Desarrollo de Estudios a profundidad (deficiencia de micronutrientes en población objetivo del ICBF o de interés en Salud Pública - menores de 5 años).

Sector Ambiente y Desarrollo Sostenible

Con base en lo planteado en el Conpes 113 y el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, este sector deberá contribuir a una adecuada oferta de alimentos prioritarios, con las siguientes intervenciones:

- Avanzar en la formulación de un documento con líneas estratégicas para la gestión integral ambiental de los suelos.
- Continuar con la Formulación e implementación del Plan Sectorial de Adaptación del Sector Agropecuario, en el marco del Plan Nacional de Adaptación al Cambio Climático.

- Formular e impulsar el Plan Nacional Ambiental orientado a la conservación y uso sostenible de especies de la biodiversidad colombiana con fines de seguridad alimentaria.

Sector Educación

A partir de planteado en el Conpes 113, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y los lineamientos del Programa de Alimentación Escolar, este sector deberá contribuir a una adecuada oferta de alimentos prioritarios y la promoción de hábitos alimentarios saludables, con las siguientes intervenciones:

- Mantener y mejorar la cobertura de programas de asistencia alimentaria.
- Fomento de hábitos alimentarios saludables a través de las Guías alimentarias para la población colombiana.
- Diseño, formulación, ajuste, aprobación y difusión del Plan Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional y definición y seguimiento del plan operativo.
- Suministrar un complemento alimentario que contribuya al acceso con permanencia en la jornada académica, de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, registrados en la matrícula oficial, fomentando hábitos alimentarios saludables.
- Liderar la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas educativas, para cerrar las brechas que existen en la garantía del derecho a la educación, y en la prestación de un servicio educativo con calidad, esto en el marco de la atención integral que reconoce e integra la diferencia, los territorios y sus contextos, para permitir trayectorias educativas completas que impulsan el desarrollo integral de los individuos y la sociedad.

Sector Comercio, Industria y Turismo

Teniendo en cuenta en lo planteado en el Conpes 113, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y este sector deberá contribuir a una adecuada oferta de alimentos prioritarios y proteger los derechos de los consumidores, con las siguientes intervenciones:

- Analizar las acciones en materia de importación ante la escasez de alimentos prioritarios, teniendo en cuenta los compromisos en los acuerdos comerciales de Colombia y la producción nacional.
- Apoyar la siembra y sostenimiento de la canasta básica identificada del Grupo de Alimentos Prioritarios (GAP), así como las obras de adecuación, transformación y/o comercialización de la misma.
- Llevar a cabo los procesos de investigación y tomar las medidas correspondientes, cuando se determine que existen fallas en el funcionamiento de los mercados agroalimentarios, especialmente si se está lesionando al consumidor final.

Sector cultura

Con base en lo planteado en el Conpes 113, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional y en la política de cocinas tradicionales, este sector deberá contribuir a una adecuada oferta de alimentos prioritarios, con las siguientes intervenciones:

- Contribuir desde el ámbito de la cultura a la valoración y el reconocimiento de la diversidad de las culturas culinarias del país y de la producción tradicional de alimentos.
- Fomentar el conocimiento, la documentación y divulgación de los valores y tradiciones de la cocina y la alimentación, y fomentar su enseñanza y aprendizaje.
- Reconocer la labor y función social de los portadores de las tradiciones culinarias, y estimular su capacidad creativa e innovadora.
- Apoyar y fortalecer la conformación de redes y organizaciones sociales y su articulación con los productores del campo.
- Contribuir, en el marco de procesos de turismo comunitario y desde el ámbito de la cultura, al desarrollo de emprendimientos productivos que involucren de manera respetuosa y responsable las tradiciones culinarias y el mercado justo de productos alimenticios.

Bajo este contexto, a través de los anteriores planes/programas/estrategias que ha formulado el Ministerio de Salud y Protección Social y otras entidades de ordena nacional, se espera que sea implementado, adoptado y/o adaptado en los territorios, a través de cada entorno. Así las cosas, la implementación de manera general debería seguir las siguientes recomendaciones:

8.1 Entorno comunitario

A nivel comunitario, se trata de dar a conocer y divulgar los mensajes básicos sobre la alimentación saludable, a través de acciones de información, educación y comunicación, con participación de colectivos clave, como las asociaciones, los expertos/as, y los medios de comunicación, para llegar mejor a la población, especialmente en la infancia y adolescencia. La promoción de la alimentación saludable, se deben integrar en todas las políticas/planes/programas del territorio.

Adicionalmente, es importante que en las comunidades no solo se divulgue información, sino también se ofrezca alimentos naturales y frescos, los cuales deben ser accesibles y que permitan respetar las tradiciones y costumbres de cada territorio, así las cosas, en este entorno es importante el quehacer de los restaurantes, tiendas, plazas de alimentos, programas de apoyo alimentario, en los cuales se ofrezcan y se preparen alimentos saludables. Podrían ser objetivos a incorporar por parte del sector gastronómico, entre otros:

- Ofertar frutas, ensaladas y verduras, facilitando la disponibilidad de estos productos en sus establecimientos.
- Proporcionar información nutricional sobre el aporte calórico y nutritivo de los productos ofertados.
- Reducir las grasas saturadas, azúcares simples y sal, comprometiéndose a disminuir paulatinamente la aportación de grasas saturadas, azúcares añadidos y sal a las comidas.

- Reducir el tamaño de las porciones y no incentivar el consumo de raciones o porciones individuales grandes.
- Ofertar medios menús como alternativa al menú completo.

El apoyo a la producción y comercialización de productos agroecológicos locales y la promoción de etiquetas con información nutricional en los alimentos, para facilitar la identificación de los más saludables es una actuación que también puede facilitar el acceso a alimentos saludables en este entorno. Igualmente, es necesario proteger y apoyar la producción de alimentos con las comunidades étnicas y campesinas ubicadas en áreas rurales dispersas y favorecer estrategias para el intercambio de alimentos.

8.2 Entorno educativo

El acceso a los alimentos en el entorno educativo, está mediado por el Programa de Alimentación Escolar, las tiendas escolares, restaurantes privados y máquinas expendedoras de alimentos, por ello, es fundamental la articulación con el sector educación para lograr que la alimentación que se ofrezca en ese entorno sea saludable. Así las cosas, es importante que toda la comunidad educativa, incluyendo: docentes, estudiantes, manipuladores de alimentos, padres de familia, directivos, tenderos, conozcan y sean sensibilizados sobre la alimentación saludable y los entornos favorecedores, a través de charlas, talleres, inclusión de la temática de alimentación saludable en el currículo, concursos, etc. De igual manera, las minutas que ofrece el PAE debe dar cumplimiento a lo establecido en las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes y en las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, para de esta manera satisfacer las necesidades nutricionales de los estudiantes e impactar, de manera positiva, los procesos de aprendizaje y el desarrollo cognitivo, es necesario garantizar procesos de aprendizaje que promuevan una alimentación saludable, integrando la teoría con la práctica, mediante la introducción de nuevos alimentos, el reforzamiento de hábitos alimentarios saludables, la prevención del hambre y de la malnutrición. Las principales acciones en materia de promoción de alimentación saludable en este entorno, se enfocan en:

- Incrementar la disponibilidad y oferta de alimentos naturales y frescos, en las instituciones educativas a través de los comedores y las tiendas escolares, kioskos, máquinas expendedoras, entre otros espacios.
- Fomentar el uso de la huerta escolar como una estrategia de alimentación sostenible y de aprendizaje nutricional.
- Restringir la promoción y publicidad de alimentos con alto contenido de azúcares, sodio, grasas saturadas y trans, en los espacios de las instituciones educativas, lo cual incluye, casetas, tiendas, promociones, ganchos, donaciones y patrocinio de eventos deportivos
- Promover la estrategia de estilos de vida saludable del sector educativo y utilizar la caja de herramientas para la promoción de hábitos alimentarios saludables.
- Incluir en los proyectos educativos institucionales contenidos de alimentación saludable, fomentando el uso de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos y otros conceptos en nutrición y alimentación.

- Diseñar herramientas educativas digitales, multiplataforma con información y procesos educativos sobre los hábitos y estilos de vida saludables.

8.3 Entorno institucional

Los equipos de atención primaria tienen en su cartera de servicios las intervenciones colectivas y de promoción de la salud. En ese sentido a nivel institucional, se espera que el usuario tenga acceso a la información de alimentación saludable en las atenciones de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, así como atenciones específicas cuando a los usuarios se les diagnostique una alteración nutricional (desnutrición, exceso de peso, anemia) o se requiera apoyo para la promoción de la lactancia materna. No obstante, las EAPB, también pueden realizar intervenciones para promover la alimentación saludable con carácter general y en grupos específicos: personas con enfermedades crónicas no transmisibles, gestantes, lactantes, mayores, aquellas que están en situación de desventaja económica y educativa, la población migrante, la que habita la zona rural, las mujeres, los mayores, la población en exclusión social, a fin de que toda la población tenga derecho a una atención integral que incluya la promoción de la alimentación saludable.

De otra parte, en este entorno también es importante que se ofrezcan preparaciones saludables, por ejemplo, personal en reclusión, fuerzas militares, ancianatos, hospitales, entre otras. Así las cosas, las acciones que se desean implementar en este entorno son:

- Apoyar, promover y proteger la lactancia materna en el entorno institucional.
- Incrementar la disponibilidad y oferta de alimentos naturales y frescos, en las instituciones en donde se realice la asistencia alimentaria.
- Restringir el uso de alimentos procesados y ultraprocesados en la alimentación institucional (hospital, fuerzas militares, comedores, ancianatos, etc.)
- Prestar servicios de salud integrales y con calidad que garanticen la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, con todas las atenciones ahí definidas especialmente los procesos de educación para la salud en materia de alimentación saludable.
- Incluir en el ámbito institucional el uso de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para los profesionales de la salud, así como en las estrategias de educación alimentaria y nutricional, en el marco de la atención prestada en las instituciones.

8.4 Entorno laboral

En este entorno, es importante la inclusión de jornadas de sensibilización, talleres, cursos de capacitación a los trabajadores sobre alimentación saludable, igualmente, la oferta mediante restaurantes, convenios empresariales, maquinas expendedoras, etc., debería ser con alimentos naturales y frescos, preparaciones culinarias saludables y tradicionales y restricción en el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados. De igual manera, las aseguradoras de riesgos laborales tienen un papel fundamental en la promoción y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, por ello, es importante que desde este sector se puedan promover prácticas de estilos de vida saludable para el trabajador. Así las cosas, las acciones a promover en este entorno, son las siguientes:

- Conocer y analizar la situación alimentaria, nutricional y de salud de los trabajadores y tomar acciones pertinentes a esa realidad.
- Concientización de la alimentación saludable como factor protector antes las enfermedades crónicas no transmisibles y con ello la recuperación de la productividad.
- Garantizar que la alimentación que se ofrezca en las empresas sea saludable, que promueva el consumo de los 6 grupos de alimentos de las GABAs en la proporción sugerida y la reducción del consumo de alimentos procesados y ultraprocesados.
- Asegurar que la alimentación que se suministra en eventos de formación y reuniones de trabajo sea saludable, evitando el suministro de alimentos procesados y ultraprocesados.
- Promover la oferta de alimentos saludables en las máquinas dispensadoras, tiendas y restaurantes en el entorno laboral.
- Dar cumplimiento a la implementación de las salas amigas de la familia lactante como espacios para garantizar los derechos de la mujer que trabaja fuera del hogar a practicar la lactancia materna.
- Educar a los trabajadores en alimentación saludable, a través de cursos, talleres, concursos, movilización social, etc.

8.5 Entorno hogar

En cuanto al hogar, su papel es fundamental. La familia es un contexto de ejemplo, imitación y consolidación de las conductas, valores y estilos de vida de las personas con las que se convive. Tanto la práctica de la actividad física como los comportamientos sedentarios comienzan a establecerse en la infancia, al igual que los hábitos de alimentación. Para que la familia pueda influir y educar en hábitos saludables, es básico que disponga de conocimientos suficientes para elaborar menús equilibrados y saludables. Para conseguir estos objetivos, existen materiales dirigidos a la educación, a la información para el consumidor y a la participación de las familias y los docentes en el medio educativo. Un objetivo importante cuando se habla de alimentación saludable, es promocionar la lactancia materna. En madres y bebés sanos la leche materna es la alimentación más saludable, y proporciona todos los nutrientes necesarios al bebé durante los primeros seis meses de vida y se recomienda su continuidad hasta los dos años de edad.

El proceso de aprendizaje y formación de hábitos alimentarios durante la infancia se basa en la construcción de rutinas alimentarias, con la participación fundamental de los adultos al cuidado del niño. La relación de ellos con los alimentos se va desarrollando de manera natural, con actitudes y ejemplos, de tal forma que aprendan a diferenciar o identificar señales de hambre, apetito o saciedad y cómo manejar la respuesta a las señales de su organismo (CISAN, 2017).

A nivel territorial se puede promover y fomentar la lactancia materna y apoyar a los grupos de autoayuda para facilitar esta práctica y el autocuidado de las mujeres embarazadas con la alimentación y la actividad adecuada. De la misma manera, los equipos territoriales puedan llegar con acciones de IEC en alimentación saludable en este entorno, desde talleres, folletos, cursos, entre otros, para que la familia esté informada de cómo se debe

alimentar y cuáles son los beneficios de llevar estilos de vida saludable. Igualmente, es necesario la promoción de las siguientes acciones:

- ❖ Promover la incorporación oportuna y adecuada de la alimentación complementaria para los niños y niñas a partir de los seis meses de edad.
- ❖ Fomentar el consumo de alimentos naturales y frescos mediante la siembra de hortalizas, verduras y frutas en huertas, en zonas de espacio público y cría de especies en donde sea posible, en coordinación con entidades del sector agropecuario.
- ❖ Apoyar la recuperación de cocinas tradicionales, consumo en casa y alimentos locales para promover el consumo de alimentos en familia, recuperando las recetas tradicionales.
- ❖ Orientar y acompañar a las familias para la compra de alimentos saludables y la optimización de recursos económicos en caso de familias con ingresos reducidos
- ❖ Implementar escuelas y clubes de cocina para hijos, padres de familia y cuidadores para aprender a planificar el menú familiar, las loncheras y a cocinar fácil, rápido, nutritivo y económico, con alimentos disponibles localmente.

A continuación, un resumen de las diferentes acciones planteadas, por tipo de acción y entorno.

Tabla 12. Resumen de las acciones propuestas por línea de acción y entorno

Línea de acción	**Acción**	**Tipo de acción**	**Entorno**
Atención primaria en salud	Rutas Integrales de Atención en Salud	Poblacional	Todos
	Ruta de atención integral para las alteraciones nutricionales	Colectiva	Todos
	Resolución salas amiga de la familia lactante	Colectiva	Laboral
	Bancos de leche humana	Colectiva	Institucional
	Estrategia IAMI	Colectiva	Institucional
	Curso de consejería en lactancia materna	Individual	Institucional
	Atención en salud para valoración, promoción y apoyo en la lactancia materna	Individual	Institucional
	Pinzamiento del cordón umbilical	Individual	Institucional
	Desparasitación	Individual	Institucional
	Suplementación	Individual	Institucional
	Fortificación con micronutrientes en polvo	Individual	Institucional
	Promoción del consumo de alimentos naturales y frescos	Poblacional	Todos
	Caja de herramientas de información, educación y comunicación - IEC en alimentación saludable	Poblacional	Todos
	Normatividad sanitaria	Poblacional	Todos

Políticas regulatorias	Decreto 547 de 1996: Fortificación de la sal	Poblacional	Todos
	Decreto 1944 de 1996: Fortificación de la harina de trigo	Poblacional	Todos
	Resolución 2508 de 2012: Grasas trans y saturadas	Poblacional	Todos
	Resolución 2013 de 2020: Contenidos de sodio	Poblacional	Todos
	Propuesta de la reforma tributaria del artículo relacionado con Impuesto a las Bebidas Azucaradas	Poblacional	Todos
	Resolución 333 de 2011: Etiquetado nutricional	Poblacional	Todos
	Regulación de la publicidad	Poblacional	Todos
Medidas intersectoriales	Implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - GABA para la Población Colombiana Mayor de 2 Años	Poblacional	Todos
	Lineamiento técnico nacional para la promoción de frutas y verduras	Poblacional	Todos
	Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional	Poblacional	Todos
	Documento técnico de soporte para la reglamentación de tiendas escolares saludables	Poblacional	Educativo
	Lineamiento para la preparación y adquisición de alimentos saludables en programas de apoyo alimentario a cargo del Estado	Poblacional	Educativo, institucional, comunitario
	Manual operativo del sector gastronómico	Poblacional	Comunitario
	Política para el conocimiento, la salvaguardia y el fomento de la alimentación y las cocinas tradicionales de Colombia	Poblacional	Comunitario
	Estrategia Colombia a la Mesa	Poblacional	Comunitario
	Estrategia de IEC en alimentación saludable para los territorios rurales	Poblacional	Todos
	Lineamiento técnico para el tamaño de porciones	Poblacional	Comunitario
Gestión del conocimiento	Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional – ENSIN	Poblacional	Todos
	Vigilancia mediante otras fuentes secundarias	Poblacional	Todos
	Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional – OSAN	Poblacional	Todos
	Agenda de investigación en alimentación saludable	Poblacional	Todos

9 Seguimiento y evaluación

Con el objetivo de evaluar las líneas de acción planteadas en este plan estratégico se proponen los siguientes indicadores, en el marco de las competencias de cada sector:

Tabla 13. Indicadores de resultado a nivel nacional

Sector	Indicador	Línea de base	Periodicidad	Fuente
Salud	Porcentaje de desnutrición aguda en menores de 5 años	1.6% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de retraso en talla en menores de 5 años	10.8% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de exceso de peso en menores de 5 años	6.3% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Proporción de niños menores de 6 con lactancia materna exclusiva	36.1% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de exceso de peso en escolares	24.4% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de exceso de peso en adolescentes	17.9% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de anemia en menores de 5 años	24.7% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de deficiencia de vitamina A en menores de 5 años	27.3% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de anemia en gestantes	26.2% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de exceso de peso en adultos	56.5% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de consumo de alimentos naturales o mínimamente procesados	59.2% (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de consumo de productos comestibles ultraprocesados	19.2% (2015)	Quinquenal	ENSIN

Tabla 14. Indicadores de resultado a nivel territorial

Sector	Indicador	Línea de base	Periodicidad	Fuente
Salud	Porcentaje de desnutrición aguda en menores de 5 años	Cada territorio (2015)	Anual	Sivigila
Salud	Porcentaje de retraso en talla en menores de 5 años	Cada territorio (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de exceso de peso en menores de 5 años	Cada territorio (2015)	Quinquenal	ENSIN

Salud	Proporción de niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva	Regional (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de exceso de peso en y escolares	Cada territorio (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de exceso de peso en adolescentes	Regional (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de anemia en menores de 5 años	Regional (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de deficiencia de vitamina A en menores de 5 años	Regional (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de anemia en gestantes	Regional (2015)	Quinquenal	ENSIN
Salud	Porcentaje de exceso de peso en adultos	Cada territorio (2015)	Quinquenal	ENSIN

Con el seguimiento de los anteriores indicadores de resultado y de proceso, se espera que cada entidad pueda realizar seguimiento y evaluación a las acciones desarrolladas.

10 Directrices técnicas para la promoción de la alimentación saludable para las entidades territoriales en salud

Con base en el marco conceptual descrito y las herramientas formuladas en promoción de alimentación saludable, a continuación, se presenta los pasos a seguir para la implementación a nivel territorial:

1. Análisis de la situación en salud

De acuerdo con los resultados del ASIS departamental o municipal y otros indicadores en salud, es importante analizar la situación alimentaria y nutricional del territorio con el objetivo de priorizar acciones que puedan mejorar la situación de salud de la población. Así como la identificación de las poblaciones y sus características, identificar la oferta de los servicios de salud, identificar riesgos, identificación de actores. Es importante iniciar o continuar las acciones para prevenir el exceso de peso en el país, con base en la situación alimentaria presentada en este documento.

2. Implementación de la estrategia PASE a la equidad

La estrategia PASE a la Equidad en Salud plantea una secuencia lógica de los procedimientos, momentos, pasos y actividades que permitirán a las entidades territoriales avanzar exitosamente en la formulación de los Planes Territoriales de Salud. Con base en esta metodología, se pretende que las ETS puedan definir el Plan Territorial en Salud, incluyendo el Plan de Acción en Salud con énfasis en las acciones antes descritas por cada línea de acción, teniendo en cuenta como lo menciona la estrategia PASE:

- Reconocimiento inicial del territorio y su dinámica demográfica

- Reconocimiento de las condiciones básicas de salud e implicaciones de las dinámicas PASE para la planeación integral en salud
- Identificación de tensiones en salud presentes en el territorio
- Proyección de tensiones si no se intervienen y priorización para comprensión
- Construcción de la configuración actual del territorio
- Identificación de ventajas y oportunidades del territorio
- Construcción de la configuración deseada
- Transformación esperada de tensiones y priorización para respuesta
- Construcción del componente estratégico del PTS
- Construcción del componente de inversión plurianual del PTS

En cada uno de los pasos de cada proceso, es importante que el equipo técnico que lo desarrolle tenga el conocimiento técnico de las acciones a priorizar, con respecto al componente de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

3. Planteamiento de las acciones propuestas en el Plan de Acción en Salud

Una vez se cuente con el PTS y las prioridades en el componente de seguridad alimentaria y nutricional, se deben estipular las actividades en el Plan de Acción en Salud, teniendo en cuenta el marco conceptual, normativo, estratégico y líneas de acción planteadas en el presente documento técnico. A continuación, se presentan algunos ejemplos.

Gráfica 25. Ejemplo de planeación para las metas y actividades en el plan territorial en salud en lactancia materna

META DE RESULTADO	ESTRATEGIA	META DE PRODUCTO	ACTIVIDAD	LÍNEA OPERATIVA	CATEGORÍA SEGÚN RESOLUCIÓN 518 DE 2015
A 2018, incrementar en 2 meses la duración media de la lactancia materna exclusiva en menores de 6 años.	Instituciones amigas de la mujer y de la infancia-IAMI.	Conformar en el 60% de las veredas un grupo de apoyo comunitario a las familias, para la promoción de la salud, el desarrollo infantil temprano y la atención integral de niñas y niños desde la gestación hasta los seis años.	Conformar un grupo de apoyo comunitario a la lactancia en el sector rural, en conjunto con otros sectores involucrados, los gestores de la red unidos, lideres comunitarios, madres comunitarias, entre otros.	Gestión de la Salud Pública	PIC - Conformación de redes sociales y comunitarias
			Convocar a los grupos de apoyo comunitarios para sensibilizarlos en la estrategia para la conformación de los grupos y generación de acuerdos.	Promoción de la salud	PIC - Conformación de redes comunitar-ias
			Realizar 5 talleres para desarrollar capacidades en los integrantes de cada grupo de apoyo comunitario conformado en el municipio, en alimentación infantil saludable (lactancia materna, alimentación complementaria saludable), cuidado, buen trato y promoción del juego y la estimulación. Incluye: la entrega de material pedagógico y de información en salud.	Promoción de la salud	PIC - Educación y comunicación para la salud
			Realizar seguimiento y acompañamiento técnico en terreno a los grupos de apoyo comunitario conformados por lo menos dos veces al año.	Gestión de la Salud Pública	GSP - Planeación Integral en Salud
			Realizar conjuntamente con los integrantes de los grupos de apoyo comunitario y con los sectores involucrados, la evaluación de las acciones ejecutadas y resultados alcanzados en el año.	Gestión de la Salud Pública	GSP - Participación social

Fuente: (MSPS, Orientaciones para la construcción del Plan de Acción en Salud – PAS, 2016)

Gráfica 26. Ejemplo de planeación para las metas y actividades en el plan territorial en salud en reducción de consumo de sodio

META DE RESULTADO	ESTRATEGIA	META DE PRODUCTO	ACTIVIDAD	LÍNEA OPERATIVA	CATEGORÍA SEGÚN RESOLUCIÓN 518 DE 2015
Reducir en 10% el consumo de sodio por persona por día a partir de la línea de base definida.	Alianzas transectoriales para la promoción de hábitos alimentarios saludables	Lograr que por lo menos el 70% de los restaurantes y panaderías abordados produzcan preparaciones con menor contenido de sodio conforme a los lineamientos del MSPS.	Diseñar, implementar y evaluar una estrategia de información en salud dirigida al consumidor, para sensibilizar sobre los efectos en salud del excesivo consumo de sal-sodio, grasas saturadas, grasas trans y azucares añadidos.	Promoción de la Salud	PIC-Información para la salud
			Generar acuerdos para la producción de preparaciones y comidas saludables con el sector gastronómico (escuelas de gastronomía o cocina y restaurantes).	Gestión de la salud pública	GSP-Coordinación Intersectorial
			Generar acuerdos para la producción de pan fresco con un menor contenido de sodio y grasas trans con el sector panadero, conforme al lineamiento expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social.	Gestión de la salud pública	GSP-Coordinación Intersectorial

Fuente: (MSPS, Orientaciones para la construcción del Plan de Acción en Salud – PAS, 2016)

4. Desarrollo de las acciones planteadas en el PAS

Con base en los ejemplos desarrollados se implementan las acciones descritas en el PAS, para lo cual se recomienda:

4.1 Si se requiere, solicitar asistencia técnica al Ministerio de Salud y Protección Social, para el desarrollo de las acciones planteadas.
4.2 Utilizar las herramientas descritas en este documento técnico para la ejecución de las actividades estipuladas en el PAS.
4.3 Realizar un mapa de actores con el objetivo de hacer alianzas estratégicas para el desarrollo de las acciones.
4.4 Realizar seguimiento y evaluación a las acciones planteadas.

5. Análisis de las acciones propuestas en cada línea de acción para el desarrollo de actividades a nivel territorial

Con base en las líneas de acción, a continuación, se presentan algunos ejemplos de actividades a ser desarrolladas por las entidades territoriales en salud, que deben estar acordes con las acciones del PAS y del PTS, coherentes con la situación alimentaria y nutricional del territorio, por tanto, no es necesario que se realicen todas, sino que de acuerdo a la priorización de los eventos de interés en salud pública de cada territorio puedan evaluar la pertinencia y viabilidad de su implementación:

Tabla 15. Resumen de acciones propuestas en el territorio por línea de acción

Línea de acción	Acción	Actividades propuestas en el territorio	Tipo de intervención según Res. 3280 de 2018 y categoría según Res. 518 de 2015
Atención primaria en salud	Rutas Integrales de Atención en Salud	Adopción y/o adaptación de las Rutas Integrales de Atención en Salud	GSP -Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades

		Fortalecimiento de capacidades a las EAPB, EPS e IPS sobre las herramientas de IEC en alimentación saludable para su aplicación en información en salud.	PIC - Información salud
	Ruta de atención integral para las alteraciones nutricionales	Adopción y/o adaptación de la Ruta Integral de Atención para las alteraciones nutricionales	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades GSP – Inspección, Vigilancia y Control
	Resolución salas amiga de la familia lactante	Divulgación de la Resolución y de los documentos técnicos asociados a ella. Fortalecimiento de capacidades.	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades.
	Bancos de leche humana	Adopción de la estrategia y fortalecimiento de capacidades.	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades.
	Estrategia IAMI	Adopción de la estrategia y fortalecimiento de capacidades.	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades.
	Curso de consejería en lactancia materna	Adopción de la estrategia y fortalecimiento de capacidades.	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades.
	Atención en salud para valoración, promoción y apoyo en la lactancia materna	Fortalecimiento de capacidades.	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades
	Decreto 1397 de 1992: Código de sucedáneos	Divulgación de la Resolución y de los documentos técnicos asociados a ella. Fortalecimiento de capacidades.	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades GSP – Inspección, Vigilancia y Control
	Resolución 3803 de 2016: Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes	Divulgación de la Resolución y de los documentos técnicos asociados a ella. Fortalecimiento de capacidades en el marco de la planeación de minutas con RIEN en el entorno institucional	PIC - Información en salud PIC - Educación y comunicación para la salud

	Promoción de consumo de frutas y verduras	Acciones de IEC dirigidas a toda la población en todos los entornos Talleres Concursos Capacitación Implementación de puntos de distribución de frutas y verduras (supermercados, tiendas de barrio, mercados campesinos, Tecnologías innovadoras como máquinas expendedoras, entre otros.)	PIC - Información en salud PIC - Educación y comunicación para la salud PIC - Conformación y fortalecimiento de redes familiares, comunitarias y sociales
	Caja de herramientas de información, educación y comunicación - IEC en alimentación saludable	Utilización de las herramientas de IEC en alimentación saludable, dirigidas a toda la población en todos los entornos Talleres Concursos Capacitación Ferias Grupos focales Encuentros narrativos Encuentros de saberes	PIC - Información en salud PIC - Educación y comunicación para la salud
Políticas regulatorias	Normatividad sanitaria	Divulgación de la normativa Fortalecimiento de capacidades en la normativa Acciones de Inspección, Vigilancia y Control	PIC - Información en salud GSP - Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades GSP - Inspección, Vigilancia y Control
	Decreto 547 de 1996: Fortificación de la sal	Divulgación de la normativa Fortalecimiento de capacidades en la normativa Acciones de Inspección, Vigilancia y Control	PIC - Información en salud GSP - Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades GSP - Inspección, Vigilancia y Control
	Decreto 1944 de 1996: Fortificación de la harina de trigo	Divulgación de la normativa Fortalecimiento de capacidades en la normativa Acciones de Inspección, Vigilancia y Control	PIC - Información en salud GSP - Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades GSP - Inspección, Vigilancia y Control
	Resolución 2508 de 2012: Grasas trans y saturadas	Divulgación de la normativa Fortalecimiento de capacidades en la normativa Acciones de Inspección, Vigilancia y Control	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades GSP - Inspección, Vigilancia y Control

	Resolución 2013 de 2020: Contenidos de sodio	Divulgación de la normativa Fortalecimiento de capacidades en la normativa Acciones de Inspección, Vigilancia y Control	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades GSP - Inspección, Vigilancia y Control
	Resolución 810 de 2021: Etiquetado nutricional y frontal	Divulgación de la normativa Fortalecimiento de capacidades en la normativa Acciones de Inspección, Vigilancia y Control	PIC - Información en salud GSP - Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades GSP - Inspección, Vigilancia y Control
	Ley 2120 de 2021: Entornos saludables	Divulgación de la normativa	PIC - Información en salud GSP - Desarrollo de capacidades
Medidas intersectoriales	Implementación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - GABA para la Población Colombiana Mayor de 2 Años	Apropiación conceptual del plato y los mensajes Implementación en el territorio a través de acciones sectoriales e intersectoriales. Talleres Concursos Programas de radio Coordinación intersectorial en los comités de SAN para su implementación.	PIC - Información en salud GSP - Coordinación intersectorial
	Lineamiento técnico nacional para la promoción de frutas y verduras	Adopción y/o adaptación del lineamiento Acompañamiento técnico a otros sectores para su implementación	PIC - Información en salud GSP - Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades
	Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional	Adopción y/o adaptación del lineamiento Acompañamiento técnico a otros sectores para su implementación	PIC - Información en salud GSP - Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades
	Lineamiento de entorno laboral saludable	Adopción y/o adaptación del lineamiento Acompañamiento técnico a otros sectores para su implementación (trabajo, SENA).	PIC - Información en salud GSP - Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades
	Estrategia de entorno educativo saludable	Adopción y/o adaptación de la estrategia Acompañamiento técnico al sector educativo para su implementación	PIC - Información en salud GSP - Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades
	Documento técnico de soporte para la reglamentación de	Divulgación del documento en el entorno educativo	GSP - Coordinación intersectorial

	tiendas escolares saludables	Acompañamiento técnico a las instituciones educativas para su implementación	GSP - Desarrollo de capacidades
	Lineamiento para la preparación y adquisición de alimentos saludables en programas de apoyo alimentario a cargo del Estado	Adopción y/o adaptación del lineamiento Acompañamiento técnico a otros sectores para su implementación (educativo, fuerzas militares, comedores comunitarios)	GSP - Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades
	Manual operativo del sector gastronómico	Divulgación del documento Conformación de redes de apoyo para la implementación (escuelas de gastronomía, restaurantes)	GSP - Coordinación intersectorial GSP - Desarrollo de capacidades
	Política para el conocimiento, la salvaguardia y el fomento de la alimentación y las cocinas tradicionales de Colombia	Divulgación de la política	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial
	Estrategia Colombia a la Mesa	Divulgación de la estrategia	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial
	Estrategia nacional de EAN para los territorios rurales	Adopción y/o adaptación de las acciones de la estrategia en el territorio	PIC - Información en salud GSP -Coordinación intersectorial
	Política Nacional contra la Pérdida y el Desperdicio de Alimentos	Divulgación de la política Adopción y/o adaptación de la política para las acciones de promoción de alimentación saludable en el territorio planteadas en esta política	
Gestión del conocimiento	Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional – ENSIN	Fomento y uso de los indicadores para la planeación del PTS y PAS	GSP - Gestión del conocimiento GSP - Vigilancia en salud pública
	Vigilancia por fuentes secundarias	Acciones de Inspección, Vigilancia y Control. Desarrollo de capacidades a las EAPB e IPS sobre el reporte de información acorde a la normatividad aplicable y sobre la toma de medidas antropométricas. Uso de los indicadores para la planeación territorial en salud.	GSP - Gestión del conocimiento GSP - Vigilancia en salud pública GSP - Desarrollo de capacidades GSP - Inspección, Vigilancia y Control
	Agenda de investigación en alimentación saludable	Coordinación intersectorial para el desarrollo de procesos investigativos para la promoción de la alimentación saludable.	GSP - Gestión del conocimiento GSP - Vigilancia en salud pública

6. Evaluación de las acciones desarrolladas

Finalmente, se espera que el territorio realice una evaluación del impacto que tuvieron las acciones desarrolladas, con el fin de contar con el insumo para la planeación del PTS y el PAS del siguiente año.

11 Conclusiones y recomendaciones

1. Pensar en términos de **promoción de la alimentación saludable**, como marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la alimentación, mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas/planes/programas/estrategias, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales y comunitarias en alimentación saludable. Es decir, las acciones deben ir más allá de información y educación, se necesitan medidas regulatorias e intersectoriales que puedan contribuir a mejorar el entorno para el acceso a una alimentación saludable.

2. Soportar las intervenciones territoriales en un **marco estratégico y normativo** que contribuya a las metas nacionales y regionales en salud. Se trata de vincular las iniciativas locales con planes, directrices, estrategias de ámbito estatal, que recogen las directrices supranacionales, regional, como son los planes de seguridad alimentaria y nutricional, los programas de alimentación escolar, la ley de infancia y adolescencia, la ley que prioriza la obesidad, la política de atención integral en salud, entre otras.

3. **Integrar las acciones** y programas en el territorio, de modo que no se produzcan contradicciones y que se aprovechen todas las oportunidades para desarrollar intervenciones de promoción de la alimentación saludable. Es clave buscar alianzas políticas y técnicas para asegurar el compromiso con las políticas de promoción de la salud. La coordinación de las acciones, y su transversalidad, es un importante elemento en el éxito de las acciones de promoción de la alimentación saludable, por ejemplo, coordinar acciones en el entorno educativo con el sector educación, coordinar mesas de trabajo para el sector gastronómico con gremios de restaurantes y escuelas de gastronomía, etc.

4. Incluir la **participación social** a través de intervenciones comunitarias: diseñar, desarrollar y evaluar las acciones desde la propia comunidad, promoviendo la implicación de los agentes locales y la ciudadanía. Crear o potenciar los espacios locales de participación en salud, tanto formales: mesas intersectoriales, consejos

de salud o de políticas, como informales, contando con la representación local y de las entidades autonómicas más relacionadas.

5. **Conocer la comunidad**: es importante analizar la situación de salud y de nutrición de la población, recursos relacionados con la alimentación, el consumo de alimentos, tradiciones, principales actores, disponibilidad, viabilidad técnica y política de las intervenciones.

6. **Innovar en las intervenciones de información y educación:** es importante incluir estrategias e intervenciones innovadoras, con el objetivo de impactar a la población en el mejoramiento de la salud nutricional, utilizar redes sociales, concursos, talleres de cocina, cuentos, radio, prensa local, entre otros recursos.

7. **Gestionar la información:** para formular cualquier intervención es importante, tener en cuenta los datos epidemiológicos que soportan la necesidad de implementación, pero también la evidencia científica en torno a fuentes alimentarias, prácticas de consumo, impacto de las intervenciones, desarrollo de estrategias de información, entre otras, por tanto, es fundamental mantenerse informado y articularse con la academia para la toma de decisiones basadas en la evidencia.

Referencias

A, F. (2016). Minimally processed foods are more satiating and less hyperglycemic than ultra-processed. *Food Funct*, 7(5), 2338-2346.

Alhazmi A, S. E. (2014). Macronutrient intake and type 2 diabetes risk in middle-aged Australian women. Results from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Public Health Nutr*, 17(1587-1594).

BID, B. (2011). *Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: Prevalencia y prevención.*

Bielemann RM, M. J. (2015). Consumption of ultra-processed foods and their impact on the diet of young adults. *Rev Saude Publica*, 49, 28.

Cediel, G. (2021). Tendencia en el consumo de productos comestibles ultra-procesados en Colombia entre los años 2005 y 2015. *Documento sin publicar*.

Choi HY, P. H. (2015). Salt Sensitivity and Hypertension: A Paradigm Shift from Kidney Malfunction to Vascular Endotelial Dysfunction. *Electrolyte Blood Press.*, 13:7-16.

CISAN. (2017). *Lineamiento nacional de educación alimentaria y nutricional.*

CISAN, C. N. (2020). *Plan Nacional Rural del Sistema para la Garantía Progresiva del Derecho a la Alimentación.*

CISAN, C. N. (2020). *política para la prevención y reducción de las pérdidas y desperdicios de alimentos en Colombia.*

Colombia, G. d. (2012). *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional .*

colombia, G. d. (2018). *Plan Nacional de Desarrollo.*

CONPES, C. (2008). *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.*

DANE, D. A. (2017). *Boletín técnico. Encuenta Nacional de Calidad de Vida (ECV).*

Eckel RH, J. J. (2013). AHA/ACC Guideline on Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk: A Report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guid. *J Am Coll Cardiol*, 63:2960-84.

FAO. (2012). Grasas y ácidos grasos en nutrición humana. Consulta de expertos.

FAO. (2014). *Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición. Documento Final de la Conferencia: Marco de acción.*

FAO, O. U. (2019). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe.*

Hall KD, A. A. (2019). Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. *Cell Metab.*, 30(1):67-77.

He FJ, M. G. (2002). Effect of modest salt reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized trials. Implications for public health. *J Hum Hypertension.* , 16:761-70.

Hur Y-I, P. H.-H.-A.-J. (2016). Association between Sugar Intake from Differente Food Sources and Adiposity or Cardio-Metabolic Risk in Childhood and Adolescence: The Korean Child-Adolescent Cohort Study. *Nutrients*, (8):20.

ICBF. (2018.). *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. Manual para facilitadores.*

ICBF, I. (2009). *Recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes para la población colombiana. Documento oficial.*

Louzada ML, M. A. (2015). Ultra-processed foods and the nutritional dietary profile in Brazil. . *Rev Saude Publica*, 49, 38.

MADR, M. (2017). Resolución 464.

Martinez Steele E, B. L.-C. (2016). Ultra-processed foods and added sugars in the US diet: evidence from a nationally representative cross-sectional. *BMJ Open*, 6(3), e009892.

Mendonça RD, L. A.-G.-R. (2017). Ultra-Processed Food Consumption and the Incidence of Hypertension in a Mediterranean Cohort: The Seguimiento Universidad de Navarra Project. *Am J Hypertens.*, 30(4):358-366.

Monteiro CA, L. R. (2011). Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. . *Public Health Nutr*, 14(1), 5-13.

Moubarac J-C, M. A. (2013). Consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health. Evidence from Canada. *Public Health Nutr*, 16(12), 2240-.

MSPS. (2013). *Lineamientos técnicos y operativos para el análisis de la situación de las Enfermedades No Transmisibles en Colombia.*

MSPS. (2016). *Orientaciones para la construcción del Plan de Acción en Salud – PAS.*

MSPS, F. (2017). *Estrategia de IEC en Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia.*

MSPS, M. (2010b). *Plan Decenal de Lactancia Materna.*

MSPS, M. (2011). *Resolución 333.*

MSPS, M. (2012b). *Estrategia Nacional de Reducción de Consumo Nacional de Sal/Sodio .*

MSPS, M. (2012b). *Plan Decenal de Salud Pública .*

MSPS, M. (2014). *Estrategia Nacional para el control y prevención de la deficiencia de micronutrientes.*

MSPS, M. (2015). *Encuesta de Salud Nutricional y Alimentaria en Colombia – ENSIN.*

MSPS, M. (2015). *Política de Atención Integral en Salud .*

MSPS, M. (2015). *Resolución 518. Plan de intervenciones colectivas.*

MSPS, M. (2016). *Lineamientos nacionales de entornos saludables.*

MSPS, M. (2016). *Plan para la eliminación de las grasas trans y reducción del consumo de grasas saturadas en Colombia.*

MSPS, M. (2016). *Resolución 3803.*

MSPS, M. (2018b). *Resolución 3280. Promoción y Mantenimiento de la Salud.*

MSPS, M. (2019). *Estrategia de entorno educativo saludable.*

MSPS, M. (2019). *Lineamiento de entorno laboral saludable.*

MSPS, M. (2019). *Lineamiento de entorno laboral saludable .*

MSPS, M. d. (2018, Noviembre 19). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Retrieved from Panorama de la salud de los escolares en Colombia: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Panorama-de-la-salud-de-los-escolares-en-Colombia.aspx

MSPS,FAO. (2012). *Lineamiento Técnico Nacional para la Promoción de Frutas y Verduras.* Retrieved 2016, from Estrategias para el aprovisionamiento, manejo, expendio y promoción del consumo de frutas y verduras: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/lineamientos-nacionales-frutas-verduras.pdf

OMS. (2007). Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk.

OMS. (2015). : Ingesta de azúcares para adultos y niños.

OMS, O. (2004). *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.*

OMS, O. (2013). *Plan de acción global para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.*

OMS, O. (2016). *Alimentación sana.*

OMS, O. (2018). *Estrategia REPLACE. Conjunto de Medidas para eliminar del suministro mundial de alimentos las Grasas Trans de Producción Industrial. .*

ONU. (2017). *Decenio de acción para la nutrición (2016-2025). .*

ONU, N. (2011). *Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, Olivier De Schutter.*

ONU, O. (2015). *Objetivos de Desarrollo Sostenible.*

OPS, O. (2008). *Declaración de Rio de Janeiro. Las Américas libres de grasas trans.*

OPS, O. (2008). *Declaración de Rio de Janeiro. Las Américas libres de grasas trans. .*

OPS, O. (2009). *Declaración de la Política para reducir el consumo de sal en las Américas.*

OPS, O. (2014). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia.*

OPS, O. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas .*

OPS, O. (2018). *SHAKE. Guía técnica para reducir el consumo de sal. Menos sal, más salud. .*

OPS, O. (2020). *Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025.*

OPS, O. (2020). *Plan de acción para eliminar los ácidos grasos trans de producción industrial 2020-2025.*

Parra DC, d. C.-L.-L. (2019). Asociación entre el consumo de alimentos ultraprocesados y el perfil nutricional de la dieta de los colombianos en 2005. *Salud Publica Mex.*, 61.

Rauber F, C. P. (2015). Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal stud. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 25(1), 116-122.

República , C. d. (1992). *Decreto 1397.*

República , C. d. (2009). *Ley 1355.*

Rippe J, A. T. (2016). Relationship between Added Sugars Consumption and Chronic Disease Risk FActors. *Nutrients*, 8:e697.

Rippe J, A. T. (2016). Relationship between Added Sugars Consumption and Chronic Disease Risk Factors: Current Understanding. *Nutrients*, 8:e697.

Sergio Sánchez Enríquez, L. J. (2014). *Manual de prácticas de laboratorio de bioquímica.* McGraw-Hill Interamericana Editores.

Srour Bernard, F. L.-G. (2019). Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospective cohort study (NutriNet-Santé. *BMJ*, 365 :l1451.

Stanhope. (2016). Sugar consumption, metabolic disease and obesity: The state of the controversy. *Crit Rev Clin Lab Sci.* , 53:52-67.

Tavares LF, F. S. (2012). Relationship between ultra-processed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. *Public Health Nutr*, 15(1), 82-87.

The Lancet, GBD 2017 Diet Collaborators. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis forthe Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 1958-1972.

Vos M, K. J. (2017). Added Sugars and Cardiovascular Disease Risk in Children: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 135(9):e1017-e34.